Д-ръ Л. М. Станиловскій.

ТРАВМАТИЧЕСКІЕ НЕВРОЗЫ.

Исторія вопроса и современное состояніе его.

ЭТІОЛОГІЯ—КЛИНИКА—ЭКСПЕРТИЗА.

МОСКВА.
Типографія „Торг. Дома М. В. Балдинъ и К". Арбатъ, д. №
1910.

The Gillies Archive





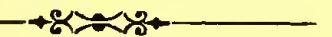
Д-ръ Л. М. Станиловскій.

ТРАВМАТИЧЕСКІЕ НЕВРОЗЫ.

Неврозы вслѣдствіе несчастныхъ случаевъ.

ЭТІОЛОГІЯ, КЛИНИКА, ДІАГНОЗЪ, ЭКСПЕРТИЗА.

ДЛЯ ЭКСПЕРТОВЪ, НЕ СПЕЦІАЛИСТОВЪ
ПО НЕВРОПАТОЛОГІИ И ПСИХІАТРІИ.

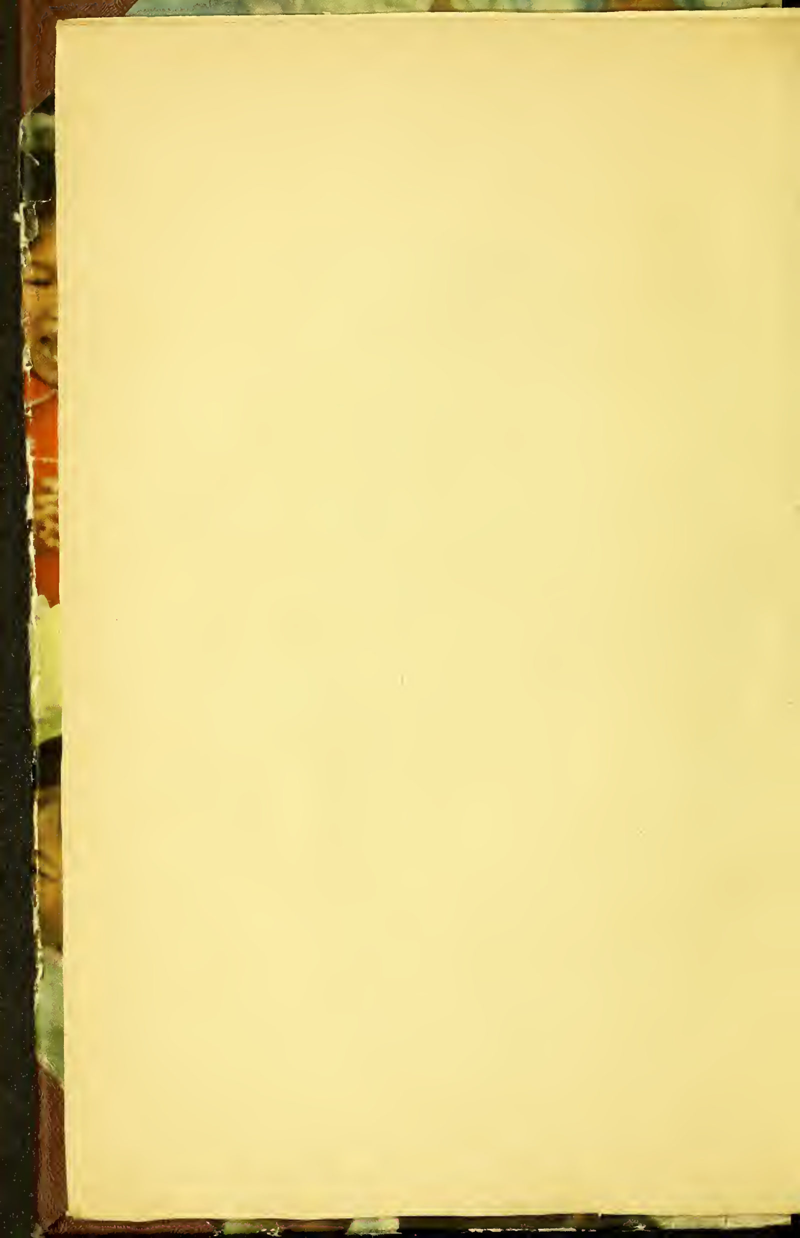


МОСКВА.
Типографія „Торг. Дома М. В. Балдинъ и К°“, Арбатъ, д. № 7.
1910.



„Подъ вліяніемъ травматическихъ повреждeній нерѣдко развиваются психическія разстройства (delirium traumaticum, разстройства памяти послѣ ушибовъ головы, психическое разстройство, какъ непосредственное слѣдствіе воспаленія мозговыхъ оболочекъ, кровоизліянія, энцефалита)... Но кромѣ того подъ вліяніемъ травмъ развиваются иногда психозы, имѣющіе характеръ конституціональныхъ. Эти конституціональныя психическія разстройства проявляются или въ формѣ своеобразной *травматической дегенераціи* или въ формѣ *травматическаго невроза*".

С. С. Корсаковъ.



ПРЕДИСЛОВІЕ.

Русская литература о неврозахъ вслѣдствіе несчастныхъ случаевъ или, какъ ихъ чаще называютъ, „травматическихъ неврозахъ", чрезвычайно скудна, особенно если сравнить ее съ колоссальной, почти необозримой германской литературой по тому же вопросу. Зависитъ это, безъ сомнѣнія, оттого, что въ Россіи до самаго послѣдняго времени еще не встрѣчалось настоятельной и широкой надобности въ детальномъ изученіи этого заболѣванія.

Исторія ученія о функціональныхъ разстройствахъ нервной системы вслѣдствіе травмъ показываетъ, что оно развивалось толчками, въ зависимости не столько отъ инціативы отдѣльныхъ невропатологовъ, сколько отъ общихъ условій жизни. Первый такой толчекъ испытало это ученіе, хотя еще въ слабой степени, въ концѣ 18-го столѣтія въ Англіи (въ началѣ промышленнаго переворота), второй болѣе рѣзкій въ Англіи же къ срединѣ 19-го вѣка (послѣ возникновенія желѣзныхъ дорогъ). Но всего болѣе двинуло вопросъ впередъ и поставило его на современную научную почву введеніе въ Германіи въ 1884 году закона объ обязательномъ страхованіи рабочихъ отъ несчастныхъ случаевъ. Необходимость для осуществленія его точной регистраціи увѣчій промышленности и ихъ послѣдствій, а равно и колоссальный по объему контингентъ рабочихъ, подлежавшихъ страхованію по

этому закону [1]) все это поставило практическій интересъ къ неврозамъ вслѣдствіе несчастныхъ случаевъ на небывалую дотолѣ высоту, создало громадную литературу по этому вопросу и вызвало интенсивную работу германскихъ невропатологовъ и психіатровъ для выясненія сущности этихъ болѣзней.

Всѣ страны, послѣдовавшія за Германіей на томъ же пути обязательнаго страхованія рабочихъ отъ несчастныхъ случаевъ—въ 1887 году Австрія, въ 1891—Норвегія, въ 1895—Финляндія, въ 1898—Италія и Швеція, въ 1899—Швейцарія—вмѣстѣ съ опытомъ Германіи въ примѣненіи этого закона, пользовались и выработаннымъ германскими учеными ученіемъ о невропатологическихъ послѣдствіяхъ несчастныхъ случаевъ, въ томъ числѣ и о травматическомъ неврозѣ. Неудивительно поэтому, что все ученіе о „травматическихъ неврозахъ“ или Unfallneuros'ахъ, начиная съ самаго названія, носитъ на себѣ, и носитъ вполнѣ заслуженно марку „Made in Germany“, а оригинальная литература о травматическомъ неврозѣ даже въ тѣхъ странахъ, гдѣ, какъ и въ Германіи, введено уже обязательное страхованіе отъ несчастныхъ случаевъ, значительно отстаетъ отъ германской.

Что касается Россіи, то у насъ, какъ извѣстно, обязательнаго страхованія всѣхъ рабочихъ отъ несчастныхъ случаевъ еще нѣтъ. Только небольшая сравнительно часть русскихъ рабочихъ, именно рабочіе казенныхъ горныхъ заводовъ и рудниковъ съ 1900 года пользуются его благодѣяніями. Остальная масса находится подъ охраной закона 2-го іюня 1903 года объ индивидуальной отвѣтственности предпринимателя за увѣчья, полученныя въ его предпріятіи рабочими, закона, который совершенно подобенъ такому же

---

[1]) Въ 1884 году обязательное страхованіе отъ несчастныхъ случаевъ охватило 3 слишкомъ милліона рабочихъ, въ настоящее время этому закону подлежатъ больше 20 милліоновъ, т. е. больше одной трети всего населенія Германіи.

германскому закону 7-го іюня 1871 года, дѣйствовавшему въ Германіи до введенія въ 1884 году упомянутаго закона объ обязательномъ страхованіи. И поэтому въ настоящее время вопросъ о вознагражденіи рабочихъ за увѣчья находится у насъ почти въ такомъ же положеніи, какъ вначалѣ 80-хъ годовъ въ Германіи. Точно также страхованіе рабочихъ у насъ не признается еще на практикѣ государственной необходимостью, но въ законодательныхъ учрежденіяхъ разсматривается уже проэктъ обязательнаго страхованія торгово-промышленныхъ служащихъ; точно также нашъ дѣйствующій законъ, обязывая промышленниковъ вознаграждать ихъ рабочихъ за увѣчья, не обязываетъ предпріятія непремѣнно страховать ихъ отъ несчастныхъ случаевъ, и точно также сами предприниматели въ своихъ частныхъ интересахъ, для уменьшенія своего профессіональнаго риска, уже давно объединяются, какъ это было и въ Германіи до 1884 года, въ общества взаимнаго страхованія. И, если перечисленныя выше страны, вводя у себя обязательное страхованіе, начинали свою практическую дѣятельность по примѣненію его ознакомленіемъ съ опытомъ Германіи, то въ Россіи пока не было еще особыхъ побужденій знакомиться съ нимъ, такъ какъ вѣдь у насъ обязательнаго страхованія отъ несчастныхъ случаевъ еще пока нѣтъ. И только за послѣднее время, когда возникъ проэктъ такого страхованія, появляются симптомы нѣкотораго оживленія интереса и къ „травматическимъ“ неврозамъ.

Фабрично-заводскіе врачи, въ настоящее время самые частые эксперты этихъ неврозовъ, уже высказались на первомъ Всероссійскомъ Съѣздѣ фабричныхъ врачей, въ апрѣлѣ прошлаго года, что ими уже и теперь весьма остро ощущается настоятельная потребность въ детальномъ знакомствѣ съ этими загадочными заболѣваніями. А въ декабрѣ того же 1909 года тоже самое подтверждено было на III-емъ Съѣздѣ Отечественныхъ психіатровъ и невропатологовъ, единогласнымъ рѣшеніемъ Съѣзда поставить вопросъ о травматическомъ неврозѣ во всемъ

его объемѣ программнымъ для слѣдующаго Съѣзда. И это далеко не случайность, что вниманіе всѣхъ врачей, минуя всѣ прочія заболѣванія послѣ травмъ, обращено исключительно именно въ сторону „травматическихъ неврозовъ“. Въ вопросѣ о травматизмѣ рабочихъ всѣ остальныя послѣдствія несчастныхъ случаевъ — хирургическія, болѣзни внутреннихъ органовъ и даже органическія болѣзни нервной системы—далеко отступаютъ на заднiй планъ въ практическомъ значеніи сравнительно съ функціональными заболѣваніями нервной системы. Именно нигдѣ, ни при какихъ другихъ болѣзняхъ не наблюдается такихъ сильныхъ подозрѣній въ симуляціи, какъ именно при „травматическихъ неврозахъ“, этихъ мало объективныхъ, иногда почти совершенно субъективныхъ страданіяхъ, и слѣд. нигдѣ отъ эксперта не требуется такой исключительной точности и осторожности въ своихъ выводахъ.

И поэтому, если вообще нельзя ждать, сложа руки, введенія обязательнаго страхованія отъ несчастныхъ случаевъ, если для врача-практика крайне важно использовать настоящее переходное время, чтобы заранѣе подготовиться, хотя бы на основаніи нѣмецкой литературы, разъ нѣтъ русской, и встрѣтить во всеоружіи объективнаго знанія тотъ моментъ, когда законъ объ обязательномъ страхованіи отъ несчастныхъ случаевъ призоветъ къ жизни въ Россіи уже не единичныя экспертизы объ увѣчьяхъ, какъ теперь, а цѣлыя массы ихъ и слѣд. перенесетъ эксперта изъ области пока еще больше теоретическихъ споровъ въ самую гущу жизни, то предварительное ознакомленіе съ научной постановкой вопроса о травматическомъ неврозѣ является самой первой потребностью.

Существуетъ и другая болѣе общая причина повышенія въ настоящее время въ Россіи интереса къ „травматическимъ неврозамъ“. Самый проэктъ обязательнаго страхованія рабочихъ отъ несчастныхъ случаевъ, стоящій на очереди въ Государственной Думѣ, встрѣчаетъ и въ этомъ учрежденіи и еще больше въ находящихся внѣ

его кругахъ общества и сторонниковъ и горячихъ противниковъ. Въ Германіи при введеніи обязательнаго страхованія отъ несчастныхъ случаевъ исходили изъ соображеній, что „забота государства о нуждахъ слабѣйшихъ своихъ сочленовъ есть не только обязанность, налагаемая гуманностью и христіанствомъ, которыми должны быть проникнуты государственныя учрежденія, но и задача политики, оберегающей интересы самого государства“ (изъ оффиціальныхъ мотивовъ къ германскому законопроэкту, цитировано по извѣстной работѣ В. П. Литвинова-Фалинскаго). У насъ въ настоящее время, четверть вѣка спустя, раздаются тоже голоса, что „обязательное страхованіе является мѣрой, диктуемой мотивами христіанской морали и филантропіи“, и „государственнымъ вопросомъ, не возбуждающимъ въ принципѣ никакого спора“, такъ какъ „обязательное страхованіе вполнѣ удовлетворяетъ соображеніямъ финансоваго разсчета и общимъ интересамъ народнаго хозяйства“ (мнѣніе представителя московской промышленности въ засѣданіи 12-го декабря 1909 года Государственнаго Совѣта), но слышатся и другія мнѣнія, указывающія, что законодательство Германіи объ обязательномъ страхованіи отъ несчастныхъ случаевъ, несомнѣнно въ общемъ крайне благодѣтельное, страдаетъ нѣкоторыми недостатками и что, вводя обязательное страхованіе по примѣру Германіи въ Россіи, необходимо заранѣе принять мѣры, чтобы избѣжать этихъ недостатковъ въ нашемъ будущемъ законѣ.

Нѣкоторые же считаютъ даже возможнымъ прямо заявлять, что законъ объ обязательномъ страхованіи вреденъ, что „страховые законы являются виновниками возникновенія въ Германіи психической эпидеміи, ростъ которой внушаетъ серьезныя опасенія“, что „законы эти служатъ источникомъ нравственнаго паденія массъ“, что они „развращаютъ народную душу и въ недалекомъ будущемъ грозятъ причинить націи (конечно, рѣчь идетъ о Германіи) ничѣмъ непоправимый вредъ“ (см. „Торгово-промышленную газету“ 2-го апрѣля прошлаго года). Въ виду этого даже предла-

гается русскимъ законодателямъ „беречь самобытность народа, беречь „народную душу“ и не навязывать ей чуждыхъ построеній“ т. е. закона объ обязательномъ страхованіи отъ несчастныхъ случаевъ.

Какъ же рѣшить постороннему человѣку, кто правъ въ этомъ спорѣ — сторонники или противники введенія въ Россіи обязательнаго страхованія рабочихъ отъ несчастныхъ случаевъ? Несомнѣннымъ является только тотъ фактъ, что въ Германіи за четвертьвѣковой періодъ дѣйствія обязательнаго страхованія выясняется, по мнѣнію знатоковъ этого вопроса, необходимость измѣненія нѣкоторыхъ частей законодательства, примѣнительно къ выработаннымъ за это время воззрѣніямъ современной науки на сущность, теченіе, и прогнозъ различныхъ послѣдствій несчастныхъ случаевъ. А среди этихъ послѣдствій и въ Германіи особенное вниманіе всѣхъ—и врачей и не врачей—привлекаютъ все больше и больше именно тѣ же неврозы послѣ несчастныхъ случаевъ, такъ называемые „травматическіе неврозы“. Не даромъ и „нравственное паденіе народныхъ массъ“, которое произошло будто бы въ Германіи вслѣдствіе обязательнаго страхованія отъ несчастныхъ случаевъ, ставится въ непосредственную связь съ „психической эпидеміей“, подъ которою авторъ вышеуказанной статьи разумѣетъ не что иное, какъ эпидемію именно „травматическихъ неврозовъ“. Никакой другой эпидеміи обязательное страхованіе даже по мнѣнію противниковъ этого страхованія, къ счастью, не вызвало.

Какъ бы то ни было, ясно, что рѣшеніе вопроса, идти ли намъ за представителями промышленности или за авторомъ упомянутой статьи „Торгово-промышленной газеты“, зависитъ въ значительной степени, мы бы рѣшились сказать даже вполнѣ, отъ правильнаго взгляда на сущность, этіологію, профилактику, діагнозъ и прогнозъ „травматическихъ неврозовъ“, этихъ недостаточно извѣстныхъ еще у насъ въ Россіи заболѣваній, т. е. отъ строго объективнаго изученія тѣхъ же самыхъ вопросовъ, которыми начинаютъ

невольно все больше и больше интересоваться, какъ уже указано, врачи-эксперты, въ особенности неспеціалисты, а наконецъ и не врачи.

Въ Германіи при обсужденіи проэкта реформы законодательства объ обязательномъ страхованіи отъ несчастныхъ случаевъ уже завоевала себѣ права гражданства мысль, что „реформа эта должна быть вырабатываема при участіи врачей или это не будетъ реформа“ (проф. Hoche), и что значительная часть несовершенствъ дѣйствующаго страхованія могла бы быть устранена, еслибы въ свое время больше было обращено вниманія на чисто медицинскую сторону его. И именно эту, добытую опытомъ истину, намъ казалось не лишнимъ подчеркнуть вначалѣ нашей работы, хотя мы сейчасъ отнюдь не задаемся цѣлью популяризировать воззрѣнія медиковъ на способы раціональнаго осуществленія въ Россіи обязательнаго страхованія отъ несчастныхъ случаевъ, а имѣемъ въ виду лишь потребности экспертизы.

Первую попытку посильно разобраться въ довольно запутанномъ ученіи о травматическомъ неврозѣ пишущему эти строки пришлось сдѣлать еще въ 1905 году во Временномъ Медицинскомъ Обществѣ на Дальнемъ Востокѣ въ г. Харбинѣ (см. труды Общества, вып. 2-ой, стр. 146—160). Затѣмъ пришлось выступить съ докладомъ на ту же тему въ апрѣлѣ 1909 года на І-мъ Всероссійскомъ Съѣздѣ фабричныхъ врачей.

Въ этомъ докладѣ за краткостью времени, конечно, возможно было коснуться лишь тѣхъ сторонъ ученія о неврозахъ послѣ несчастныхъ случаевъ, которыя, на основаніи литературныхъ данныхъ и отчасти собственнаго опыта, главнымъ образомъ экспертизъ при Бюро Московскаго Техническаго Общества, казались намъ съ одной стороны наиболѣе важными для эксперта-практика, въ другой—болѣе выясненными въ литературѣ. Присутствуя на III-мъ Съѣздѣ

Невропатологовъ и Психіатровъ въ Петербургѣ въ концѣ прошлаго 1909 года и принимая участіе въ преніяхъ по докладу д-ра А. И. Карпинскаго объ судебной экспертизѣ пострадавшихъ отъ несчастныхъ случаевъ, а затѣмъ въ работахъ спеціальной комиссіи по этому докладу, намъ пришлось убѣдиться, что вопросъ о травматическомъ неврозѣ и спеціалистами не считается достаточно выясненнымъ и нуждается въ детальномъ пересмотрѣ на основаніи существующей литературы о немъ. Въ виду этого намъ казалось небезполезнымъ для дѣла произвести таковой пересмотръ, положивъ въ основаніе его наши прежнія указанныя выше работы о травматическомъ неврозѣ.

Въ настоящемъ трудѣ такимъ образомъ затронутыя въ докладѣ 1-му фабричному Съѣзду положенія подверглись возможно полному критическому разбору на основаніи существующей германской литературы, какъ старой, такъ и новѣйшей. Особенно цѣнными изъ новѣйшихъ оказалась работа проф. Фрейбургскаго Университета Hoche, цитированная нами прежде только по реферату въ „Neurologisches Centralblatt“, именно „Notwendige Reformen der Unfallversicherungsgesetze“ Halle a. S. 1907, представляющая выраженіе господствующихъ въ настоящее время въ Германіи воззрѣній на такъ называемыя „клиническія послѣдствія“ законодательства о страхованіи отъ несчастныхъ случаевъ, и работа извѣстнаго знатока неврозовъ послѣ несчастныхъ случаевъ прив. доц. Бреславльскаго университета д-ра Heinrich'a Sachs'a изъ лѣчебницы для пострадавшихъ отъ несчастныхъ случаевъ въ Бреславлѣ: „Die Unfallneurose, ihre Entstehung, Beurtheilung und Verhütung“. Breslau, 1909.

Знакомые съ нашимъ прежнимъ докладомъ (см. Труды 1-го Всероссійскаго Съѣзда фабричныхъ и заводскихъ врачей, томъ первый стр. 247—298) могутъ убѣдиться, что въ общемъ настоящая работа въ основныхъ своихъ чертахъ вполнѣ подтверждаетъ высказанныя нами тогда воззрѣнія на современное положеніе вопроса о травматическомъ не-

врозѣ. Но въ главѣ о психическихъ причинахъ его и другихъ неврозовъ вслѣдствіе несчастныхъ случаевъ, мы считали возможнымъ, основываясь на оффиціальныхъ данныхъ Германскаго Имперскаго Управленія по страхованію, а также и на источникахъ, послужившихъ проф. Hoche для обоснованія его взглядовъ, болѣе рѣшительно, чѣмъ прежде, высказаться по вопросу о предполагаемой нѣкоторыми авторами эпидеміи „травматическихъ неврозовъ" въ Германіи. Точно также мы считали необходимымъ болѣе подробно остановиться и на нѣкоторыхъ другихъ вопросахъ, считаемыхъ нѣкоторыми авторами спорными, какъ напр. на вопросѣ „о принципіальномъ положеніи травматическихъ неврозовъ" въ ряду другихъ неврозовъ вслѣдствіе несчастныхъ случаевъ, на вопросѣ о симуляціи вообще, на вопросѣ вообще объ этіологіи ихъ и т. п.

Какъ бы то ни было и въ этомъ новомъ переработанномъ видѣ наша работа имѣетъ въ виду ту же прежнюю цѣль, о которой говорилось и въ докладѣ 1-му фабричному Съѣзду: „попытаться систематизировать вопросы современнаго ученія о травматическомъ неврозѣ (и неврозахъ вслѣдствіе несчастныхъ случаевъ вообще), вопросы, представляющіе наибольшій интересъ для врача-эксперта, главнымъ образомъ фабрично-заводскаго врача", и „посильно освѣтить эти вопросы". Такая попытка необходима какъ первый шагъ къ выполненію „лежащей на всѣхъ невропатологахъ и психіатрахъ задачи", задачи „помочь товарищамъ врачамъ-неспеціалистамъ въ невропатологіи и психіатріи разобраться въ вопросахъ о „травматическихъ неврозахъ", вопросахъ, представляющихъ на практикѣ иногда большія трудности даже для опытныхъ невропатологовъ и психіатровъ". Насколько намъ удалось приблизиться къ этой цѣли, пусть судятъ сами товарищи-врачи.

25 апрѣля 1910 г.
Москва.



ГЛАВА I.

Особенности экспертизы и литературы неврозовъ послѣ травмъ. „Травматическіе неврозы“ или „неврозы вслѣдствіе несчастныхъ случаевъ“.

Ученіе о томъ, что несчастные случаи кромѣ органическихъ нервныхъ заболѣваній могутъ также вызывать и функціональныя, впервые появилось въ научной невропатологіи около середины 80-хъ годовъ прошлаго столѣтія и тогда же было строго научно обосновано трудами американскихъ, нѣмецкихъ и французскихъ невропатологовъ.

Для ряда такихъ неврозовъ, возникающихъ послѣ травмъ разнаго рода, было создано въ срединѣ 80-хъ годовъ даже спеціальное имя „травматическаго невроза“. И все-таки неврозы послѣ несчастныхъ случаевъ до сихъ поръ служатъ еще предметомъ особаго вниманія невропатологовъ и еще большаго интереса врачей-неспеціалистовъ по нервнымъ болѣзнямъ, главнымъ образомъ тѣхъ, которымъ приходится выступать по поводу ихъ экспертами въ дѣлахъ судебнаго характера (фабричные, заводскіе врачи, военные, тюремные и т. п.). Этотъ интересъ обусловливается тѣмъ, что ни при какой другой болѣзни такъ часто не подозрѣвается симуляція, какъ именно при неврозахъ отъ несчастныхъ случаевъ или, какъ ихъ называютъ чаще „травматическихъ неврозахъ“. Считается, что здоровый субъектъ, желающій

притвориться больнымъ съ сознательно поставленной цѣлью, напр., чтобы получить вознагражденіе за увѣчье, освободиться отъ воинской повинности, отъ заключенія и т. п.— весьма легко будто бы можетъ воспроизвести картину такой болѣзни. Такое мало обоснованное мнѣніе опирается, повидимому, на тотъ фактъ, что, несмотря на крайне тягостное для больного заболѣваніе, иногда даже угрожающее самой жизни его, большинство жалобъ такого „травматическаго невротика“, какъ относящихся къ нервнымъ явленіямъ—(боли въ разныхъ мѣстахъ, общая слабость, головная боль и т. п.), такъ особенно жалобы чисто психическаго порядка (измѣненіе настроенія, ослабленіе памяти и т. п.) носятъ совершенно субъективный характеръ. Такъ какъ такой больной не обнаруживаетъ рѣзкихъ бредовыхъ идей, бросающихся въ глаза аномалій поведенія, въ родѣ буйства, и вообще никакихъ явленій, признаваемыхъ публикою за несомнѣнные признаки сумасшествія, то такія измѣненія психики, какъ подавленное настроеніе, свойственное этимъ неврозомъ, считается часто простой физіологической реакціей больного на перенесенное имъ волненіе при травмѣ. Нервныя явленія еще менѣе доказательны и могутъ быть, какъ часто бываетъ, приписаны простой „нервности“ больного, которая въ нашъ нервный вѣкъ совсѣмъ даже не считается нѣкоторыми за болѣзнь. Самая связь болѣзненныхъ явленій, на которыя жалуется больной, съ перенесенной имъ во время несчастнаго случая травмой можетъ незнакомому съ психическими разстройствами тоже легко показаться искусственной, вымышленной и во всякомъ случаѣ сомнительной. Поэтому то случаи функціональныхъ нервныхъ разстройствъ послѣ несчастныхъ случаевъ для эксперта представляютъ особенныя трудности сравнительно съ органическими поврежденіями нервной системы, при которыхъ все-таки большею частію въ защиту правдивости жалобъ больного говорятъ вполнѣ объективныя внѣшнія проявленія заболѣванія нервной системы.

И если даже при экспертизѣ органическихъ нервныхъ

болѣзней послѣ несчастныхъ случаевъ возможны прискорбныя ошибки въ случаѣ малаго знакомства эксперта съ картинами этихъ болѣзней, то тѣмъ болѣе такія ошибки возможны при неврозахъ.

Въ самомъ дѣлѣ для правильной экспертизы неврозовъ послѣ несчастныхъ случаевъ мало основательныхъ свѣдѣній вообще по невропатологіи. Надо быть основательно знакомымъ со всѣми, даже рѣдко встрѣчающимися, проявленіями органическихъ нервныхъ болѣзней, чтобы не просмотрѣть органическихъ поврежденій нервной системы. Надо хорошо знать и симптоматологію всевозможныхъ функціональныхъ нервныхъ болѣзней, не только одного травматическаго невроза. Необходимо правильно оцѣнивать не только чисто нервныя, но и психическія проявленія неврозовъ послѣ несчастныхъ случаевъ, а слѣд. быть хорошо знакомымъ и съ психіатріей. И наконецъ, что́ является самымъ главнымъ, еще необходимо быть хорошо оріентированнымъ во всѣхъ тѣхъ вопросахъ, которые связаны съ практической стороной экспертизы этихъ неврозовъ, т.-е. съ діагнозомъ, прогнозомъ, оцѣнкой работоспособности потерпѣвшаго и т. д.

Правда въ научной невропатологіи не всѣ эти вопросы являются выясненными окончательно. Особенно это касается діагноза болѣзни и оцѣнки степени работоспособности. Поэтому на практикѣ въ нѣкоторыхъ особенно сложныхъ случаяхъ даже весьма опытные невропатологи и психіатры вынуждены бываютъ испытывать значительныя затрудненія. Не даромъ въ нѣмецкой литературѣ, которая, въ силу указанныхъ въ предисловіи причинъ, особенно подробно занимается „травматическими неврозами“, многіе авторитетные въ вопросѣ о нихъ ученые отстаиваютъ право эксперта въ сомнительныхъ случаяхъ вопроса о симуляціи заявлять „non liquet“ и ограничиваться только изложеніемъ всѣхъ pro и contra, предоставляя окончательное рѣшеніе суду.

Но каковы бы ни были затрудненія, знакомство экс-

перта со всѣми этими вопросами является необходимымъ условіемъ, чтобы онъ могъ считать свой долгъ эксперта выполненнымъ вполнѣ добросовѣстно.

Сознаніе необходимости для экспертизы „травматическаго невроза" научной подготовки врача-эксперта, широко распространенно и среди русскихъ врачей. Потому то вопросъ о современномъ состояніи ученія о травматическомъ неврозѣ былъ выдвинутъ въ качествѣ программнаго организаціоннымъ бюро 1-го Всероссійскаго Съѣзда фабричныхъ врачей и подвергался на самомъ Съѣздѣ подробному обсужденію при участіи докладчиковъ и присутствовавшихъ на засѣданіи московскихъ невропатологовъ. Но уже изъ этихъ преній было видно, что изученіе вопроса о „травматическихъ неврозахъ" для русскихъ врачей представляетъ особенныя трудности, такъ какъ за неимѣніемъ русской оригинальной *) и даже переводной литературы по неврозамъ отъ несчастныхъ случаевъ, приходится обращаться къ иностраннымъ источникамъ, которые, конечно, могутъ быть доступны не всякому практическому врачу. Съ другой стороны, иностранная, именно главнымъ образомъ нѣмецкая литература о „травматическомъ неврозѣ" за 25 лѣтъ его существованія въ наукѣ настолько разрослась, что даже нѣмецкіе знатоки его считаютъ эту литературу уже давно крайне трудно обозримой. Если же принять во вниманіе, что по отзывамъ тѣхъ же германскихъ ученыхъ, въ нѣмецкой литературѣ „травматическихъ неврозахъ" наблюдается какъ бы кругооборотъ мнѣній—старые, казалось бы, давно рѣшенные вопросы и воззрѣнія отъ времени до времени снова и снова подымаются, хотя большею частью и въ измѣненной формѣ, и вновь требуютъ себѣ разрѣшенія,—то станетъ яснымъ, что даже и для спеціалиста, тѣмъ болѣе

*) Несмотря на то что уже въ 1889 году, въ годъ выхода монографіи Oppenheim'a о „травматическихъ неврозахъ" эта работа встрѣтила интересъ среди русскихъ врачей. См. напр. докладъ „О травматическихъ неврозахъ" д-ра мед. Б. С. Грейденберга, въ протоколахъ Таврическаго Медико-Фармацевтическаго Об-ва за 1888-1889 годъ.

для неспеціалиста, русскаго практическаго врача, разобраться во всѣхъ крайне сложныхъ и сбивчивыхъ вопросахъ экспертизы „травматическихъ неврозовъ“, по которымъ они тѣмъ не менѣе вынуждены такъ или иначе высказаться, является задачей крайне трудно осуществимой. Вѣдь если при такихъ условіяхъ возможенъ какой либо путь для выясненія вопроса, то этотъ путь можетъ лежать только въ систематическомъ и кропотливомъ разсмотрѣніи всего ученія о неврозахъ вслѣдствіе несчастныхъ случаевъ пунктъ за пунктомъ, при постоянномъ сопоставленіи разнорѣчивыхъ взглядовъ другъ съ другомъ, съ выясненіемъ насколько возможно и общихъ причинъ, вызывавшихъ тотъ или другой поворотъ въ этихъ взглядахъ, съ критической оцѣнкой каждаго изъ нихъ. Только такимъ путемъ, мы можемъ надѣяться въ пестрой мозаикѣ мнѣній разыскать золотую линію объективнаго знанія.

Вступая на этотъ путь систематическаго разсмотрѣнія нѣмецкой литературы о неврозахъ послѣ травмъ, мы прежде всего должны разобраться въ вопросѣ о самомъ названіи ихъ.

Эти неврозы послѣ травмъ называются тамъ часто различно, то неврозами несчастныхъ случаевъ, Unfallneuros'ами, то „травматическими неврозами“. Такая двойственность названія является нежелательной. Именно, употребленіе термина „травматическій неврозъ“ въ приложеніи ко всѣмъ Unfallneuros'амъ ведетъ на практикѣ къ значительнымъ недоразумѣніямъ, такъ какъ другіе авторы считаютъ возможнымъ пользоваться имъ только по отношенію къ одной строго опредѣленной части всѣхъ вообще неврозовъ послѣ несчастныхъ случаевъ. И потому, когда авторъ говоритъ о „травматическихъ неврозахъ“, ему, строго говоря, слѣдовало бы каждый разъ прежде всего оговариваться, что собственно онъ разумѣетъ: „травматическіе ли неврозы“ во-

обще, какъ собирательное названіе всѣхъ Unfallneuros'овъ, или „травматическій неврозъ“, какъ только одну строго опредѣленную часть всей массы этихъ неврозовъ. Но такія оговорки встрѣчаются крайне рѣдко. Большею же частью читателю самому приходится добираться до смысла употребляемой терминологіи, задача часто еще осложняемая тѣмъ, что нерѣдко одинъ и тотъ же авторъ въ своихъ позднѣйшихъ работахъ придерживается совсѣмъ иной терминологіи, чѣмъ въ своихъ прежнихъ трудахъ, а иногда приходится даже на протяженіи одной и той же работы встрѣчать употребленіе термина „травматическій неврозъ“ то въ широкомъ, то въ узкомъ значеніи.

Въ виду этихъ соображеній мы считаемъ болѣе удобнымъ для обозначенія всѣхъ функціональныхъ заболѣваній послѣ травмъ пользоваться не терминомъ „травматическихъ неврозовъ“, а другимъ, менѣе сбивчивымъ нѣмецкимъ названіемъ—Unfallneuros'овъ, который не можетъ быть понимаемъ иначе, какъ именно въ общемъ смыслѣ. Это имѣетъ нѣкоторыя выгоды и въ другомъ отношеніи. Подъ травмой въ травматическомъ неврозѣ можно разумѣть самыя разнообразныя травматическія поврежденія—не только острыя, происходящія однократно и внезапно для пострадавшаго, какъ это бываетъ при несчастныхъ случаяхъ (удары, ушибы, раненія всякаго рода, потрясенія при пожарахъ, взрывахъ, ударахъ молніи и т. п.), но и болѣе хроническія, повторяющіяся много разъ съ однообразной правильностью—напр. при профессіональныхъ заболѣваніяхъ и т. п. Названіе же Unfallneuros'а, невроза несчастнаго случая, замѣняетъ мало опредѣленное въ этомъ отношеніи понятіе „травмы“ понятіемъ „Unfall“, несчастнаго случая и тѣмъ болѣе отчетливо указываетъ на значеніе именно острыхъ травмъ въ этіологіи неврозовъ, возникающихъ въ связи съ несчастными случаями.

Такимъ образомъ терминъ „Unfallneuros'ы“ представляетъ много удобствъ сравнительно съ терминомъ „трав-

матическіе неврозы". Но переводя нѣмецкое слово на русскій языкъ мы должны условиться. Въ „Unfallneuros'ахъ" понятіе „Unfall" и понятіе „Neurose" только слиты въ одно слово, и остается неяснымъ, разумѣется ли здѣсь то, что неврозъ находится только во временной зависимости отъ несчастнаго случая, и слѣд. названіе „Unfallneurosen" включаетъ въ себя всѣ неврозы, возникающіе *послѣ* несчастныхъ случаевъ, или связь между неврозомъ и несчастнымъ случаемъ понимается болѣе узко, въ смыслѣ связи только причинной, и слѣд. изъ понятія „Unfallneuros'овъ" исключаются всѣ тѣ неврозы, причинная зависимость которыхъ отъ несчастнаго случая представляется данному автору недостаточно доказанной.

Мы предпочитаемъ переводъ: „неврозы *вслѣдствіе* несчастныхъ случаевъ", такъ какъ имъ подчеркивается не временная только связь невроза съ несчастнымъ случаемъ, но болѣе глубокая причинная зависимость невроза отъ травмы въ моментъ несчастнаго случая.

Согласно этому пониманію, нашему разсмотрѣнію не подлежатъ тѣ функціональныя разстройства, которыя возникаютъ отъ другихъ причинъ и въ которыхъ травма можетъ только ухудшить состояніе больного—напр. базедова болѣзнь, генуинная эпилепсія и т. п. Наоборотъ, въ число неврозовъ вслѣдствіе несчастныхъ случаевъ, войдутъ всѣ функціональныя нервныя заболѣванія—и легкія и тяжелыя, и скоропреходящія и стойкія, и мѣстныя, т. е. опредѣленныхъ частей тѣла и общія, касающіяся функцій всего организма, вообще всѣ неврозы, какіе бы ни возникали вслѣдствіе несчастныхъ случаевъ, включая наряду съ другими и „травматическіе неврозы" въ узкомъ смыслѣ этого слова.

Но для большей опредѣленности принятаго нами термина сравнительно съ другими ему подобными, необходимо подчеркнуть, что подъ несчастнымъ случаемъ нельзя разумѣть только случаи увѣчій въ промышленности, какъ это

часто приходится видѣть у нѣмецкихъ авторовъ [1]). Всякій несчастный случай, будетъ ли онъ связанъ съ профессіей пострадавшаго (несчастные случаи у рабочихъ), или будетъ совершенно случаенъ для него (несчастные случаи обыденной жизни — паденія, ушибы, душевныя потрясенія во время пожаровъ, взрывовъ, ударовъ молніи и т. п.), будетъ ли онъ нести за собою юридическую отвѣтственность кого-либо посторонняго пострадавшему (несчастія желѣзнодорожныя, въ промышленности и т. п.), является-ли отвѣтственнымъ за увѣчье только самъ больной или не можетъ быть рѣчи ни о какой отвѣтственности кого-либо (напр., удары молніи, землетрясенія и т. п.), всякій такой случай подходитъ подъ понятіе несчастнаго случая вообще, всякій является событіемъ, которое можетъ вызвать поврежденіе тѣлесное или психическое, вплоть до смерти потерпѣвшаго, представляетъ изъ себя событіе внезапное для него, ограниченное сравнительно краткимъ временемъ, событіе, которое можетъ сказаться, помимо острыхъ травмъ, и болѣе поздними послѣдствіями—органическимъ поврежденіемъ или даже смертью потерпѣвшаго. Коротко, всякій такой случай въ сущности вполнѣ подходитъ подъ установленное для рабочихъ понятіе несчастнаго случая. Та же разница, что одинъ потерпѣвшій является обязательно застрахованнымъ (нѣмецкій рабочій), другой можетъ быть застрахованъ въ какомъ-либо частномъ обществѣ добровольно, третій нигдѣ не застрахованъ, не представляется существенной. Всѣ, не только разсчитывающіе на вознагражденіе за перенесенный несчастный случай, но и не имѣющіе возможности разсчитывать на таковое, весьма часто послѣ несчастнаго случая заболѣваютъ неврозами, притомъ у незастрахованныхъ, какъ

---

[1]) См. напр. монографію Bruns'a „Die traumatischen Neurosen. Unfallsneurosen", Wien, 1901 годъ, стр. 4. „Мы описываемъ, какъ неврозы несчастныхъ случаевъ, Unfallsneurosen, тѣ неврозы, которые возникаютъ послѣ тѣлесныхъ и психическихъ болѣзнетворныхъ моментовъ, *несчастныхъ случаевъ въ смыслѣ законодательства о страхованіи отъ несчастныхъ случаевъ*", и дальше стр. 5: „Несчастный случай по закону о страхованіи долженъ быть въ непосредственной или посредственной зависимости *съ даннымъ производствомъ и его опасностью*".

это уже издавна отмѣчалось врачами всѣхъ странъ, тяжесть болѣзни можетъ быть отнюдь не меньше, чѣмъ она обычно наблюдается у застрахованныхъ.

Поэтому терминъ „неврозъ вслѣдствіе несчастнаго случая“ вполнѣ правильно можетъ быть прилагаемъ ко всевозможнымъ функціональнымъ нервнымъ заболѣваніямъ, возникающимъ вслѣдствіе любого несчастнаго случая, въ чемъ бы этотъ случай ни заключался, лишь бы только этимъ несчастнымъ случаемъ пострадавшему была нанесена какая-либо матеріальная или психическая острая травма.

ГЛАВА II.

Исторія вопроса о неврозахъ вслѣдствіе несчастныхъ случаевъ.

Несчастные случаи, конечно, существовали во всѣ времена. Существовали, вѣроятно, и неврозы послѣ нихъ, но соотвѣтственно рѣдкости самихъ несчастныхъ случаевъ они едва ли отмѣчались, какъ заболѣванія особыя отъ прочихъ нервныхъ. Но въ 1769 году была изобрѣтена англичаниномъ Аркрайтомъ бумаго-прядильная машина, затѣмъ вскорѣ ткацкая, вытѣснившія постепенно ручные, медленно работавшіе, прядильные и ткацкіе станки. Первоначальные несложные двигатели такихъ машинъ, вызвавшихъ громадный переворотъ въ промышленности Англіи, а позднѣй и другихъ странъ, довольно быстро стали смѣняться все болѣе и болѣе современными. Вмѣсто лошадиной силы стали примѣнять водяные, затѣмъ паровые двигатели. Соотвѣтственно этому самый темпъ работы въ текстильной, а, вслѣдъ за ней и въ другихъ отрасляхъ промышленности, неимовѣрно ускорился. Число несчастныхъ случаевъ промышленности стало рѣзко увеличиваться. Стали появляться описанія и невропатологическихъ послѣдствій этихъ несчастныхъ случаевъ. Такимъ образомъ первыя описанія тѣхъ картинъ болѣзни, которыя мы въ настоящее время признаемъ за неврозы вслѣдствіе несчастныхъ случаевъ, можно

уже разыскать въ медицинской литературѣ 18-го столѣтія и начала 19-го (Bruns). Авторы того времени, однако, только просто описывали эти заболѣванія, какъ rara et curiosa нервныхъ болѣзней, не задаваясь еще мыслью о сущности наблюдавшихся ими явленій.

Первый періодъ ученія о неврозахъ вслѣдствіе несчастныхъ случаевъ.

Толчкомъ къ болѣе подробному изученію послѣдствій несчастныхъ случаевъ послужило примѣненіе паровыхъ двигателей не къ промышленности уже, а къ передвиженію. Первая въ исторіи паровая желѣзная дорога проведена была, какъ извѣстно, въ 1829 году (между Ливерпулемъ и Манчестеромъ въ Англіи). Успѣхъ этой дороги былъ настолько великъ, что въ Англіи возникло спеціальное, съ коммерческими цѣлями, желѣзнодорожное строительство, уже спустя нѣсколько лѣтъ развившееся до „Railway-manie", „желѣзнодорожной горячки", по выраженію англійскихъ историковъ. Въ одинъ 1836 годъ, напр. сразу возникло 29 новыхъ линій съ 1200 километровъ желѣзнодорожнаго пути.

По мѣрѣ увеличенія желѣзнодорожнаго дѣла, учащались и случаи крушеній и другихъ желѣзнодорожныхъ катастрофъ, а слѣд. прогрессировало и число пострадавшихъ отъ нихъ, въ томъ числѣ и съ послѣдствіями въ невропатологической сферѣ. И въ самомъ дѣлѣ какъ разъ со средины 19-го столѣтія появляются уже болѣе массовыя наблюденія нервныхъ послѣдствій несчастныхъ, именно желѣзнодорожныхъ случаевъ, самыя описанія ихъ становятся болѣе точными, дѣлаются даже первыя попытки выяснить сущность и тѣхъ своеобразныхъ нервныхъ заболѣ-

ваній, которыя позднѣй получили названіе „травматическихъ неврозовъ“.

И это вполнѣ понятно. Дѣло касалось уже не одного какого либо единичнаго потерпѣвшаго, какъ было прежде. Во время желѣзнодорожнаго несчастія, столкновенія поѣздовъ, схода ихъ съ рельсовъ и т. п. сразу появлялось значительное число потерпѣвшихъ. Притомъ дѣло касалось уже не одного какого либо лица, страдавшаго такъ сказать профессіонально, какъ рабочій въ индустріи, подхваченный напр. машиной во время своей обычной работы, а совершенно случайныхъ лицъ, пассажировъ поѣзда, притомъ лицъ главнымъ образомъ изъ обезпеченныхъ классовъ. Эти пострадавшіе предъявляли дорогамъ иски объ вознагражденіи за увѣчья, и все прогрессировавшее увеличеніе числа такихъ исковъ, сопровождавшее, какъ обратная сторона медали, „желѣзнодорожную горячку“, естественно вызвало рѣзкое обостреніе интереса къ изученію сущности послѣдствій несчастныхъ случаевъ вообще. Врачи должны были волей неволей идти навстрѣчу требованій желѣзнодорожныхъ предпріятій и потерпѣвшихъ отъ желѣзнодорожныхъ катастрофъ и высказываться по поводу исковъ объ увѣчьяхъ, а слѣд. силою вещей принуждены были заняться и детальнымъ изученіемъ различныхъ послѣдствій несчастныхъ случаевъ, въ томъ числѣ и тогда еще совершенно не разработанныхъ въ наукѣ функціональныхъ нервныхъ заболѣваній послѣ этихъ случаевъ. Въ Англіи, бывшей піонеркой какъ въ индустріи, такъ особенно въ желѣзнодорожномъ дѣлѣ, неврозы послѣ несчастныхъ случаевъ такимъ образомъ потеряли интересъ только научнаго курьеза и наоборотъ постепенно, все чаще встрѣчаясь, заняли крайне видное мѣсто въ практической дѣятельности врачей.

Наблюденій накапливалось все больше и больше и постепенно вырисовывалась картина того комплекса нервныхъ симптомовъ, который не удавалось уложить въ рамки извѣстныхъ тогда органическихъ нервныхъ заболѣваній. Сна-

чала американскій врачъ Lidell въ 1864 году опубликовалъ нѣсколько такихъ случаевъ, затѣмъ въ 1866 году лондонскій хирургъ Erichsen выступилъ съ работой „О желѣзнодорожныхъ и другихъ поврежденіяхъ нервной системы“, въ 1867 году проф. Syme затронулъ уже и вопросъ объ вознагражденіи при желѣзнодорожныхъ поврежденіяхъ, въ 1867 Ed. Morris съ практической стороны обсуждалъ ученіе „о шокѣ послѣ хирургическихъ операцій и хирургическихъ поврежденій, особенно шокѣ при желѣзнодорожныхъ поврежденіяхъ“, въ 1869 году въ работѣ Savory уже идетъ рѣчь объ „нѣкоторыхъ непосредственныхъ и отдаленныхъ результатахъ поврежденій спинного мозга“. Наконецъ въ 1876 году Erichsen снова выступилъ съ работой „о сотрясеніи спинного мозга, нервномъ шокѣ и другихъ невыясненныхъ поврежденіяхъ нервной системы“. Этимъ сочиненіемъ, которое уже вскорѣ (въ 1882 году) потребовало 2-го изданія, Erichsen подвелъ итоги всей предыдущей работѣ своей и другихъ англійскихъ и американскихъ врачей и сдѣлалъ это настолько исчерпывающимъ образомъ, что имя его тѣсно связалось съ самой болѣзнью и въ дальнѣйшемъ даже самое названіе ея railway-spine, которое самъ Erichsen называлъ „абсурднымъ“ и противъ котораго возставалъ, приписывалось ему самому.

Самое интересное въ этой работѣ, вскорѣ переведенной (въ 1868 г.) на нѣмецкій языкъ, это, конечно, описаніе Erichsen'a наблюдавшихся имъ заболѣваній. Это описаніе крайне поучительно и въ настоящее время. По Erichsen'y, первыя нервныя явленія при этихъ „невыясненныхъ поврежденіяхъ нервной системы“ большею частью появляются не тотчасъ послѣ травмы. Пострадавшій обычно считаетъ даже, что онъ счастливо отдѣлался отъ опасности, отправляется спокойно домой и сначала, можетъ быть, даже продолжаетъ, какъ ни въ чемъ не бывало, свои прерванныя занятія. Послѣдствія травмы начинаютъ обнаруживаться только спустя нѣсколько дней послѣ нея, большею частью въ видѣ значительнаго душевнаго безпокойства. И только

постепенно въ теченіе нѣсколькихъ недѣль развивается полная картина болѣзни. Характерными признаками ея являются: безцвѣтное лицо, ослабленная память, душевная растерянность, неспособность заниматься обычной работой, раздражительность, безпокойный сонъ, головныя боли, головокруженія, шумъ въ ушахъ, нервныя разстройства зрѣнія, пониженіе кожной чувствительности, скованность походки и осанки, явленія такъ называемой irritatio spinalis (боли въ спинѣ и болѣзненность позвоночника), боли въ самыхъ разнообразныхъ мѣстахъ, общая мышечная слабость, пониженіе libidinis sexualis и т. п. Этимъ описаніемъ установлена картина того невроза, который получилъ позднѣй названіе „травматическаго невроза", настолько исчерпывающе, что послѣдующіе авторы, какъ мы увидимъ, могли мало что къ ней прибавить.

Описаніе Erichsen'омъ симптоматологіи наблюдавшейся имъ болѣзни выше всякой критики. Но попытка его выяснить патогенезъ ея, естественно, съ современной точки зрѣнія заставляла многаго желать. Это объясненіе основывалось на явной переоцѣнкѣ нѣкоторыхъ симптомовъ болѣзни. Особенно привлекло на себя вниманіе англійскихъ изслѣдователей, б. ч. хирурговъ, то, что многіе больные жаловались на боли въ спинѣ, на ощущеніе общей разбитости, особенно въ мышцахъ затылка и поясницы, ощущеніе стянутости и напряженія въ ногахъ вплоть до пальцевъ ихъ. При изслѣдованіи такихъ больныхъ обыкновенно удавалось констатировать у нихъ чувствительность позвоночника при давленіи на него, симптомъ, который тогда и долго еще позднѣй *) считался самостоятельной болѣзнью, а не симптомомъ неврастеніи или истеріи, какъ въ настоящее время Это заболѣваніе, irritato spinalis, объяснялось тогда анатомическими измѣненіями спинного мозга, а потому и всю картину описанной Erichsen'омъ болѣзни тоже считали возможнымъ объяснять органическимъ спинно-мозговымъ стра-

*) См. напр. 3-е изданіе извѣстнаго учебника Eichhorst'a, русскій переводъ СПБ. 1887 годъ, томъ III, стр. 298—300.

даніемъ. Это тѣмъ болѣе казалось вѣроятнымъ, что случаевъ вскрытія было мало, а въ нѣкоторыхъ случаяхъ нервныхъ болѣзней послѣ травмъ, схожихъ по картинѣ съ прочими, найдены были анатомическія измѣненія именно какъ разъ въ спинномъ мозгу. Такихъ случаевъ собственно было два. Одинъ изъ нихъ касался графа Lordat, который получилъ ушибы головы и шеи отъ опрокинувшейся кареты, страдалъ послѣ того рѣзко выраженными нервными разстройствами и внезапно скончался на 5-мъ году болѣзни. На вскрытіи найдены были склерозъ и гипертрофія спинного мозга въ шейной части. Другой случай касался больного, пострадавшаго отъ желѣзно-дорожной катастрофы и скончавшагося черезъ 3 года. На аутопсіи (Lockhoud-Clarke) обнаружился хроническій міэлитъ съ послѣдующей атрофіей вещества спинного мозга, главнымъ образомъ въ заднихъ столбахъ, гиперемія спинно мозговыхъ оболочекъ, слѣды хроническаго воспаленія оболочекъ головного мозга и самаго кортикальнаго вещества его. На современный взглядъ оба эти случая уже при жизни обнаруживали нѣкоторыя явленія, указывающія на органическое происхожденіе ихъ. Именно въ 1-мъ случаѣ была атрофія мышцъ лѣвой руки, а во 2-мъ былъ полный параличъ обѣихъ ногъ. Поэтому, хотя описаніе обоихъ случаевъ сравнит. неполно (Leyden 1876), можно думать, что въ нихъ, несмотря на внѣшнее сходство съ прочими несомнѣнными случаями, дѣло шло не о неврозахъ, а по меньшей мѣрѣ о неврозахъ, осложненныхъ органическимъ страданіемъ. На это, по мнѣнію того же Leyden'а, указывало также и описаніе анатомической находки у графа Lordat.

Несмотря на то, оба эти случая считались характерными для всего ряда „невыясненныхъ“ поврежденій спинного мозга и, если при другихъ вскрытіяхъ все-таки не находили даже и слѣдовъ какихъ либо измѣненій со стороны спинного мозга, то это объясняли, какъ полагаетъ вѣроятнымъ и Erichsen, тѣмъ, что эти анатомическія измѣ-

ненія не успѣли еще развиться до той степени, которая наблюдалась въ случаяхъ Lordat и Clark'a. Это объясненіе представлялось тѣмъ болѣе вѣроятнымъ, что вѣдь самая картина Erichsen'овскаго заболѣванія развивалась послѣ несчастнаго случая отнюдь не сразу, а постепенно, и слѣд. не было особыхъ затрудненій принять, что и анатомическая ихъ подкладка тоже можетъ развиваться только постепенно.

Такимъ образомъ получилась стройная картина патогенеза Erichsen'овскаго симптомокомплекса. У больного послѣ травмы, сопряженной съ несчастнымъ случаемъ, развивается болѣе или менѣе скоро воспалительный процессъ въ спинномъ мозгу и его оболочкахъ, процессъ, который принимаетъ хроническій, медленно прогрессирующій характеръ и съ теченіемъ времени можетъ достигнуть и оболочекъ головного мозга и самаго вещества его.

Erichsen, однако, не полагалъ, что этотъ патогенезъ подходитъ для всѣхъ случаевъ, описанныхъ имъ. Въ своей 2-ой работѣ, какъ мы видѣли, онъ наряду съ сотрясеніемъ спинного мозга упоминаетъ также и шокъ. Именно онъ признаетъ важнымъ моментомъ для возникновенія тяжелыхъ заболѣваній послѣ травмы наряду съ физическими поврежденіями и потрясенія психическія, какъ испугъ, тревогу, страхъ при желѣзнодорожныхъ катастрофахъ; онъ говоритъ даже объ этой психической травмѣ, какъ объ „нервномъ", „душевномъ шокѣ".

Но и помимо шока, Erichsen считалъ, что даже за вычетомъ всѣхъ случаевъ, гдѣ причиной болѣзни являлось или сотрясеніе спинного мозга или психическій шокъ, всетаки остается рядъ такихъ случаевъ, въ которыхъ происхожденіе болѣзни не можетъ считаться совершенно яснымъ при тогдашнемъ положеніи невропатологіи: Erichsen прямо говоритъ о „невыясненныхъ" поврежденіяхъ нервной системы. Поэтому онъ, хотя и считаетъ причиной болѣзни органическое страданіе спинного мозга отчасти оболочекъ его и оболочекъ головного мозга, тѣмъ не менѣе приписываетъ нѣкоторые симптомы функціональнымъ измѣне-

ніямъ нервной системы, называя нѣкоторыя состоянія послѣ травмы „истерическими", правда съ оговоркой, что на самое названіе „истеріи" онъ смотритъ только какъ на „клоаку незнанія". Кромѣ того Erichsen какъ бы предвосхищаетъ позднѣйшихъ авторовъ, указывая на громадное значеніе судебныхъ осложненій для возникновенія и поддержанія именно этихъ истерическихъ состояній. Наконецъ, онъ описываетъ весьма точно вышеупомянутый симптомъ irritationis spinalis и другія различныя неврастеническія и истерическія явленія — напр. измѣненія зрительной способности при описываемой имъ болѣзни, хотя и объясняетъ ихъ иначе, чѣмъ это дѣлается въ настоящее время.

Такимъ образомъ Erichsen не только далъ весьма точное описаніе наблюдавшейся имъ болѣзни и стройную теорію для объясненія ея, но съумѣлъ удержаться на строго объективной почвѣ, не увлекаясь своей стройной по внѣшности теоріей въ ущербъ точности наблюденія. И въ этомъ его громадная и достойная удивленія заслуга.

Но врачей-практиковъ интересовали, конечно, не столько теоретическіе вопросы о сущности этихъ невыясненныхъ заболѣваній. Имъ не важно было, что именно правильная разработка ученія объ этой сущности освѣтила бы и всѣ прочіе практическіе вопросы, которые встали на очередь въ ихъ врачебной дѣятельности. Экспертовъ интересовалъ главнымъ образомъ практическій вопросъ, насколько глубоко затронула эта, хотя бы и невыясненная, болѣзнь здоровье больного, возможно или нѣтъ выздоровленіе или улучшеніе и т.-д., однимъ словомъ, вопросы судебно-медицинскаго характера. Практика старалась рѣшить эти вопросы возможно скорѣй, отбрасывала все нѣсколько болѣе сложное въ ученіи объ Erichsen'овской болѣзни и гораздо грубѣй, чѣмъ самъ Erichsen, смотрѣла на дѣло. Практикамъ ждать было некогда, и голосъ теоретиковъ, предостерегавшихъ, что они еще не все выяснили, оставался совершенно одинокимъ. Такъ напр. изъ 14 случаевъ, на которыхъ въ своей работѣ 1866 года основывался Erichsen, 8 были выз-

ваны совершенно не желѣзнодорожными несчастными случаями, но „сотрясеніями“ другого рода—паденіемъ съ лошади, изъ экипажа и т. п. Таковъ напр. былъ знаменитый въ то время въ Англіи вышеупомянутый случай графа Lordat, упавшаго вмѣстѣ съ каретой и потерпѣвшаго при паденіи значительные ушибы. Въ виду этого Erichsen и говорилъ въ заглавіи своей работы 1866 г. не только о желѣзнодорожныхъ, но и о „другихъ поврежденіяхъ“ нервной системы. Однако на практикѣ установилось представленіе, что существуютъ лишь одни желѣзнодорожныя поврежденія и создалось спеціальное названіе: „Raiway-injuries“, желѣзнодорожныя поврежденія, а въ 1876 году Erichsen'у уже приходилось даже протестовать противъ названія „Railway-spine“, которое онъ прямо называетъ „абсурднымъ“, указывая, что если такое названіе прилагать къ описанной имъ и другими болѣзни, то тогда придется допустить для нея и другія названія, напр. „gunshot-spine“, „спинной мозгъ отъ выстрѣла“ и т.п. Но несмотря на протестъ Erichsen'a не только у практическихъ врачей, но, какъ извѣстно, и въ наукѣ, это „абсурдное“ названіе установилось прочно и надолго. Нервныя послѣдствія несчастныхъ случаевъ еще долго понимались, какъ связанныя исключительно съ желѣзнодорожными несчастіями. И даже въ позднѣйшей литературѣ не разъ приходится встрѣчать, что самое названіе „Railway-spine“, приписывается самому же Erichsen'у, который еще при жизни горячо боролся съ нимъ!

Такъ стоялъ вопросъ о неврозахъ вслѣдствіе несчастныхъ случаевъ въ первый, англійскій періодъ его исторіи. Симптоматологія будущаго травматическаго невроза была весьма тщательно установлена, но сущность его была понята общей массой врачей крайне односторонне. Наукѣ предстояло еще выяснить это темное, непонятное ей заболѣваніе.

2-ой періодъ ученія о неврозахъ вслѣдствіе несчастныхъ случаевъ отъ Railway-spine до „травматическаго невроза“.

Всего скорѣе можно бы было ожидать, выясненія истинной сущности установленнаго Erichsen'омъ симптомокомплекса изъ Франціи, представлявшей центръ тогдашней невропатологіи, группировавшейся кругомъ Charcot. Но этого не случилось. Ученіе о „Railway-spine“ было подхвачено не во Франціи, а въ Германіи. Еще въ 1887 — 1888 году Charcot въ своихъ поликлиническихъ лекціяхъ заявляетъ: „Эти случаи (травматическаго невроза) еще 3 года назадъ были мнѣ такъ же неизвѣстны, какъ и всѣмъ прочимъ“. (См. Oppenheun Lehrbuch der Nervenkrankheiten 4 Auflage S. 1166). Отсюда ясно, что знакомство съ описанной Erichsen'омъ картиной возникло во Франціи не раньше 1884 года. Между тѣмъ въ Германіи уже въ 1868 году распространилась въ переводѣ на нѣмецкій 1-ая работа Erichsen'a, въ 1876 встрѣчаемъ казуистическое описаніе Bernhardt'a, въ 1879 году Westphal'я, и въ томъ же 1879 году появилась оригинальная работа Rigler'a „О послѣдствіяхъ поврежденій на желѣзныхъ дорогахъ, особенно поврежденій спинного мозга.“ Объяснялось такое позднее проникновеніе во Францію англійскаго ученія о „Railway-spine“, повидимому, тѣмъ, что хотя промышленный переворотъ (замѣна ручныхъ прядильныхъ и ткацкихъ станковъ машинами) во Франціи и наступилъ прежде, чѣмъ въ Германіи, но желѣзнодорожное дѣло во Франціи развивалось сравнительно туго, особенно послѣ разгрома 1870 года. Въ Германіи же въ одной только Пруссіи къ 40-му году имѣлось уже около 500 километровъ желѣзнодорожнаго пути, а въ 60-мъ году всего больше 11 тысячъ. Но особенно гигантскіе успѣхи желѣзнодорожное дѣло въ Германіи сдѣлало послѣ войны 1870 года, когда значительная часть 5-ти милліардной французской контрибуціи употреблена была нѣмцами на развитіе путей сообщенія. Этимъ

ускореннымъ ростомъ желѣзныхъ дорогъ именно въ Германіи и приходится, повидимому, объяснять то, что Германія выступила преемницей Англіи въ вопросѣ о неврозахъ отъ несчастныхъ случаевъ.

Нѣмецкіе изслѣдователи взяли своей отправной точкой созданное трудами англичанъ ученіе о Erichsen'овской болѣзни, со всѣми его недостатками. Эта болѣзнь появилась въ Германіи подъ флагомъ „абсурднаго" названія „Railway-spine".

Первая нѣмецкая работа, не казуистическаго характера, именно глава о „Railway-injuries of the spine. Railway-spine." — въ „Клиникѣ болѣзней спинного мозга" проф. Leydena'a (Berlin, 1876), представлявшая часть отдѣла „о травматическихъ пораженіяхъ спинного мозга", всецѣло опиралась на англійскія и американскія работы. Только говоря о „шокѣ спинного мозга", который Leyden считалъ необходимымъ, вопреки Erichsen'у, выдѣлить въ отдѣльную отъ „Railway-spine" главу, Leyden упоминаетъ вскользь работу нѣмца Fischer'a и приводитъ, безъ упоминанія ихъ работъ, имена нѣмца Bardeleben'a и близкое намъ русскимъ имя „Pirogoff". Всѣ остальныя ссылки имѣютъ въ виду англійскихъ и одного американскаго автора (Lidell'я). Leyden приводитъ дословно описаніе Erichsen'a первоначальныхъ явленій при его болѣзни, упоминаетъ и о протестахъ Erichsen'a противъ пониманія этой болѣзни, какъ исключительно „желѣзнодорожной", но оставляетъ названіе „Railway-spine" въ виду его „практическаго значенія и сравнительной частоты случаевъ послѣ желѣзнодорожныхъ несчастій". Мало того, и въ объясненіи описаннаго имъ симптомокоплекса Leyden всецѣло присоединяется къ ходовому англійскому воззрѣнію на „Railway-spine", какъ на слѣдствіе органическаго поврежденія спинного мозга, полученнаго во время желѣзнодорожныхъ катастрофъ, именно объясняетъ ихъ исключительно органическимъ заболѣваніемъ центральной нервной системы, медленно подкрадывающимся воспаленіемъ

спинного мозга и его оболочекъ, иногда съ переходомъ процесса даже на головной мозгъ.

Такимъ образомъ Leyden отчасти дѣлаетъ шагъ назадъ сравнительно съ Erichsen'омъ, который не только протестовалъ противъ прибавки „Railway“ къ описаннымъ имъ болѣзнямъ, но признавалъ немаловажной причиной ихъ также и психическія потрясенія. И это тѣмъ болѣе удивительно, что самъ Leyden признаетъ, что аутопсій при этомъ заболѣваніи было очень мало, даже „собственно говоря была всего одна“ вышеупомянутый случай Gore, изслѣдованный Lockhoud Clarke'омъ, „описаніе которой“, по мнѣнію самого Leydena, „нельзя признать совершенно достаточнымъ“, а другой случай вскрытія (у графа Lordat) самъ Leyden считаетъ неправильно понятымъ. На основаніи описанія анатомической находки въ этомъ случаѣ, Leyden полагаетъ, что здѣсь дѣло шло не объ неврозѣ, а о ясно выраженной органической болѣзни, именно гліомѣ шейной части спинного мозга, и потому описываетъ этотъ случай даже не въ главѣ о „Railway-spine“, куда его относилъ Erichsen, а въ особой главѣ объ опухоляхъ спинного мозга, развивающихся послѣ травмъ.

Нельзя признать прогрессомъ сравнительно съ первоначальнымъ пониманіемъ Erichsen'a и того, что Leyden совершенно отдѣляетъ Railway-injuries отъ „шока спинного мозга“, излагая ученіе о шокѣ въ совершенно отдѣльной главѣ отъ „сотрясеній спинного мозга“, къ которымъ причисляетъ онъ Railway-spine. Самое это причисленіе Railway-injuries къ разряду сотрясеній спинного мозга мало уясняетъ намъ истинную сущность этого загадочнаго заболѣванія, такъ какъ Leyden только тѣмъ отличаетъ его отъ прочихъ сотрясеній, что явленія при немъ развиваются „не сразу“ послѣ несчастнаго случая, а потому могутъ считаться „непрямыми“ послѣдствіями этого сотрясенія. Особенное практическое и судебномедицинское значеніе желѣзнодорожныхъ случаевъ недостаточно оправдывало разсмотрѣніе Railway-spine совершенно особо отъ прочихъ

„сотрясеній“. Между тѣмъ выдѣляя ихъ отъ прочихъ и особенно отъ шока, Leyden какъ бы признавалъ ту и другую болѣзнь совершенно различными и по симптоматологіи, что не соотвѣтствовало дѣйствительности и потому повело въ дальнѣйшемъ къ значительнымъ недоразумѣніямъ. Такимъ раздѣленіемъ одной картины болѣзни, какъ бы признавалось, что шокъ для Railway-injuries не играетъ никакой роли и вызываетъ совсѣмъ другую болѣзнь. Это тѣмъ болѣе жаль, что описаніе этихъ шоковъ сдѣлано Leyden'омъ очень обстоятельно и втрое подробнѣе, чѣмъ онъ остановился на Railway-spine, съ подробными ссылками даже на Пирогова, съ обращеніемъ вниманія не только на травматическій и психическій шокъ, признававшійся англичанами, но и на 3-й видъ его, именно шокъ отъ удара молніи. И раздѣленіе всего симптомокомплекса Erichsen'овской болѣзни на три части по характеру полученныхъ больнымъ поврежденій т. е. по этіологическимъ моментамъ—1) сотрясеніе спинного мозга, 2) шокъ травматическій и психическій, 3) удары молніи,—не только не помогало выясненію этихъ невыясненныхъ заболѣваній, но излишне подчеркивало то пониманіе неврозовъ послѣ несчастныхъ случаевъ, которое ошибочно установилось въ Англіи, именно, какъ неврозовъ специфически желѣзнодорожнаго происхожденія.

Слѣдующій авторъ, писавшій объ болѣзни Erichsen'а, проф. Erb въ Ziemssen'ской „Частной патологіи и терапіи“ принялъ уже во вниманіе, кромѣ спинальныхъ, также явленія и со стороны головного мозга, описывая у своихъ больныхъ также и психическія явленія, опущенныя совершенно у Leyden'а, но точно также, какъ и Leyden, объяснялъ всѣ ихъ исключительно органическими поврежденіями нервной системы. Только Erb признавалъ, кромѣ поврежденій спинного мозга, еще значительныя пораженія не только сболочекъ, но и самого головного мозга и кромѣ того продолговатаго. Отсюда образовалось новое названіе: Railway-brain, „желѣзнодорожный головной мозгъ“, которое было не только коррективомъ къ прежнему Railway-spine,

но и представляло начало эмансипированія отъ англійскаго объясненія всѣхъ явленій только спинномозговымъ заболѣваніемъ. Къ взгляду Erb'а вскорѣ присоединился берлинскій проф. Westphal и Bernhardt (изъ Charité въ Берлинѣ), опубликовавшіе около этого времени свои казуистическіе случаи.

Едва-ли можно удивляться такому положенію въ Германіи въ указываемое время вопроса о неврозахъ послѣ несчастныхъ случаевъ, если вспомнить, что оригинальныхъ наблюденій желѣзнодорожныхъ случаевъ у нѣмцевъ въ то время могло быть еще сравнительно мало, и, если они и были, то главнымъ образомъ у желѣзнодорожныхъ врачей, а не у авторитетовъ невропатологіи, какими являлись въ то время указанные нѣмецкіе ученые. Практики же смотрѣли на дѣло, какъ и въ Англіи, упрощеннымъ образомъ.

Они продолжали оперировать со старымъ понятіемъ Railway-spine, не признавая ни протестовъ Erichsen'а противъ этого абсурднаго названія, ни указаній своихъ нѣмецкихъ ученыхъ невропатологовъ, что кромѣ спинальныхъ, послѣ желѣзнодорожныхъ повреждепій получаются и явленія Railway-brain, слѣд. и со стороны продолговатаго и головного мозга. Въ 1879 году появилась вышеупомянутая работа Rigler'а „О послѣдствіяхъ поврежденій на желѣзныхъ дорогахъ, особенно поврежденій спинного мозга". Авторъ ея, берлинскій желѣзнодорожный врачъ, въ объясненіи явленій болѣзни, тождественной съ описанной Erichsen'омъ, зашелъ по пути Erichsen'а и Leyden'а такъ далеко, что, сводя всѣ явленія „Railway-spine", какъ онъ ее называетъ, къ анатомическому заболѣванію спинного мозга и высказавъ, вопреки Erichsen'у, что эта болѣзнь получается только при столкновеніяхъ поѣздовъ, — утверждалъ, что она можетъ образоваться только у тѣхъ лицъ, которыя при катастрофѣ были обращены спиной къ мѣсту столкновенія (!) (Bruns). Крайне интересно, что Rigler, несмотря на то, самъ описываетъ психическія состоянія послѣ травмъ и даже даетъ свои названія нѣкоторымъ изъ нихъ,

напр. изобрѣтаетъ тяжеловѣсное названіе „Siderodromophobia“, „желѣзнодорожная боязнь“, для подмѣченнаго имъ симптомокомплекса болѣзненнаго страха (желѣзнодорожныхъ служащихъ, страдающихъ этимъ „Railway-spine“), испытываемаго ими при попыткахъ взойти на поѣздъ послѣ перенесеннаго несчастнаго случая. Съ другой стороны Rigler признаетъ возможность у такихъ больныхъ функціональнаго симптома irritationis spinalis, — и несмотря на то, вѣрный своей, взятой у Erichsen'а или, вѣрнѣй, у Leyden'а, теоріи, считаетъ доказательными только тѣ случаи „Railway-spine“, въ которыхъ находитъ объективные признаки анатомическихъ болѣзней спинного мозга, именно міэлита—даже менингоміэлита; прочіе же всѣ случаи считаетъ симулированными! Понятно, что при такой прямолинейности симулянтовъ насчитывалось имъ очень много.

Какъ ни односторонни были взгляды Rigler'а, тѣмъ не менѣе, къ сожалѣнію, работа его пріобрѣла бóльшее вліяніе среди нѣмецкихъ врачей, чѣмъ строго научныя, объективныя работы Erb'а, Bernhardt'а и Westphal'я и способствовала значительной путаницѣ представленія о природѣ, сущности и особ. о симуляціи нервныхъ заболѣваній послѣ травматическихъ поврежденій.

Въ этомъ отношеніи громадный шагъ впередъ былъ сдѣланъ нѣмецкой наукой въ 1881 году, когда психіатръ Moeli, заинтересовавшись вопросомъ объ Railway-spine и Railway-brain, тщательно проанализировалъ наблюдавшіеся имъ случаи этихъ заболѣваній и пришелъ къ выводу, что большая часть симптомовъ ихъ не можетъ считаться проявленіемъ органическаго заболѣванія нервной системы, а относится, наоборотъ, къ разряду разстройствъ чисто психическаго происхожденія. Moeli принадлежитъ такимъ образомъ заслуга, что ученіе о неврозахъ послѣ несчастныхъ случаевъ со времени его работы окончательно стало на правильный путь. Своими убѣдительными примѣрами онъ не только снова подчеркнулъ психическую природу большинства симптомовъ этого заболѣванія и особенное

значеніе въ этіологіи нервныхъ болѣзней послѣ несчастныхъ случаевъ психическихъ моментовъ: испуга, тревоги, душевнаго возбужденія, шока во время несчастнаго случая. Своей работой Moeli положилъ начало строго научному ученію о психическихъ разстройствахъ послѣ травмъ разнаго рода и такимъ образомъ, по выраженію Oppenheim'а, проложилъ мостъ отъ травматическихъ „неврозовъ“ къ травматическимъ „психозамъ“, съ тѣхъ поръ изучавшимся весьма энергично многими психіатрами.

Психическая природа большинства разстройствъ при Erichsen'овской болѣзни была установлена. Оставалось только установить, что и всѣ прочія, не психическія, а чисто нервныя разстройства при этой болѣзни тоже не являются органическими, а функціональными. Это и сдѣлано было вскорѣ трудами американскихъ, нѣмецкихъ и французскихъ врачей.

Въ 1883—1884 году, слѣд. черезъ 2—3 года, мнѣніе Mœli о психической природѣ симптомовъ Erichsen'овской болѣзни получило себѣ блестящее подтвержденіе въ работахъ американцевъ Wilks'a, Walton'a и Putnam'a, указавшихъ на частоту при Railway-spine и Railway-brain анэстезій съ участіемъ пораженій органовъ высшихъ чувствъ. Американцы сразу же совершенно правильно указали на истерическую природу этихъ анэстезій, и на основаніи этого высказывались и за функціональный, а именно истерическій характеръ всей картины болѣзни. На основаніи богатаго матерьяла изъ берлинской клиники Westphal'я, Thomsen и Oppenheim, въ 1883 году, одновременно съ указанными выше авторами, описали такія же анэстезіи съ участіемъ высшихъ чувствъ у нервныхъ больныхъ послѣ травматическихъ поврежденій, но приписывали эти анэстезіи не истеріи, а отличному отъ нея особому черепномозговому неврозу, им. Railway-brain (употребляя слѣд. это названіе нѣсколько въ другомъ смыслѣ, сравнит. съ прежними авторами), и даже склонны были объяснять эти разстройства чувствительности, по крайней мѣрѣ отчасти, органическими измѣне-

ніями нервной системы. Однако противъ послѣдняго мнѣнія, въ защиту исключительно функціональной, а именно „истерической“ природы анэстезій весьма энергично высказался знаменитый Charcot (1885) Основываясь на своихъ наблюденіяхъ, что большая часть симптомовъ, наблюдаемыхъ послѣ травмъ, можетъ въ томъ же видѣ быть вызвана и у здоровыхъ субъектовъ внушеніемъ въ гипнотическомъ снѣ, Charcot настойчиво утверждалъ, что эти симптомы всѣ, не только одни анэстезіи, исключительно психогеннаго происхожденія и объясняются, какъ при истеріи, самовнушеніемъ больного. Поэтому и симптомокомплексы, описанные Tomsen'омъ и Oppenheim'омъ подъ названіемъ Railway-brain, совсѣмъ не отличная отъ истеріи какая-то новая болѣзнь, а та же давно извѣстная истерія, хотя можетъ быть и „травматическая“. Если же симптомы этой болѣзни не представляютъ капризности и измѣнчивости въ своемъ теченіи, какъ это свойственно обычной истеріи (на что указывалъ, полемизируя съ Charcot, Oppenheim), то это, по мнѣнію Charcot, зависитъ отъ того, что авторы имѣли здѣсь дѣло съ мужской истеріей, для которой какъ разъ характерно однообразіе симптомовъ и равномѣрное подавленно-мрачное настроеніе, наблюдавшееся у больныхъ Oppenheim'a и Tomsen'a, страдавшихъ по ихъ мнѣнію Railway-brain.

Было бы долго останавливаться на всѣхъ деталяхъ спора между парижской школой и берлинской, который послѣдовалъ за опубликованіемъ Charcot своего взгляда. Результатомъ его явилось соглашеніе, что анэстезіи при указанныхъ заболѣваніяхъ всегда являются функціональными, именно истерическими (уступка берлинцевъ), но что при неврозахъ послѣ травмы большею частью развивается не просто одна истерія, а смѣшанная картина истеріи съ неврастеніей (уступка французовъ).

Въ пылу этого спора зародились и новыя названія для симптомокомплекса функціональныхъ нервныхъ разстройствъ послѣ несчастныхъ случаевъ. Сначала попадает-

ся намъ „травматическая истерія“ Charcot, затѣмъ „травматическая истеро-неврастенія“, наконецъ „травматическій неврозъ“. Уже въ 1888 году Strümpell говорилъ объ „общихъ“ и „мѣстныхъ“ „травматическихъ неврозахъ“. Но окончательно установилось въ невропатологіи это названіе въ слѣдующемъ году, послѣ выхода въ свѣтъ извѣстной монографіи Oppenheim'a „Die traumatischen Neurosen“.

Свою работу Oppenheim обосновалъ на многочисленныхъ подробно обслѣдованныхъ исторіяхъ болѣзни „травматическихъ невротиковъ“, наблюдавшихся за предшествовавшія 5 лѣтъ въ клиникѣ его учителя, проф. Wesphal'я. Пользуясь ими, онъ и дѣлаетъ соотвѣтственные выводы о картинѣ болѣзни „травматическаго невроза“, его теоріи, прогнозѣ, и терапіи, а равно и о судебно-медицинскомъ значеніи его. Въ качествѣ причины его онъ признаетъ не органическое заболѣваніе головного мозга (Erb), не Railway-spine, не Railway-brain другихъ многочисленныхъ авторовъ, въ томъ числѣ и самого Oppenheim'a (прежде), а функціональныя, молекулярныя измѣненія всей нервной системы, включая и головной мозгъ, съ его высшими психическими функціями. Это обстоятельство и позволило Oppenheim'у описанную еще Erichsen'омъ болѣзнь причислить къ отдѣлу совершенно сходныхъ съ нею большихъ неврозовъ—истеріи и неврастеніи, назвавъ ее по этіологіи „*травматическимъ*“ неврозомъ.

Онъ соглашается съ Charcot, что при этихъ заболѣваніяхъ послѣ несчастныхъ случаевъ дѣло идетъ главнымъ образомъ о функціональныхъ разстройствахъ, происходящихъ психическимъ путемъ, и только въ исключительныхъ случаяхъ допускаетъ, что могутъ быть подозрѣваемы и органическія измѣненія. Но онъ совершенно не согласенъ съ Charcot, что эти заболѣванія тождественны съ истеріей. Это—особенныя, совершенно отличныя, какъ отъ истеріи, такъ и отъ другихъ неврозовъ формы ихъ, а потому и заслуживаютъ особаго названія именно „травматическихъ неврозовъ“.

Такимъ образомъ монографіей Oppenheim'а былъ подведенъ итогъ больше, чѣмъ 20-лѣтнимъ наблюденіямъ и теоріямъ. Заболѣванію, носившему до тѣхъ поръ разныя, иногда даже по мнѣнію нѣкоторыхъ авторовъ, „абсурдныя названія“ (отзывъ Erichsen'а о названіи Railway-spine), дано было точное имя, „травматическаго невроза“, строго соотвѣтствовавшее его сущности, функціональной природѣ всего страданія. Отнесеніемъ его изъ разряда органическихъ страданій нервной системы—менингоміэлитовъ (Erichsen), міэлитовъ (Rigler), Railway-spine, Railway-brain (Erb) въ отдѣлъ „неврозовъ“, устранена была прежняя путаница понятій, а слѣдовательно исключена была необходимость во что бы то ни стало доискиваться у больного, страдающаго неврозомъ, признаковъ міэлита или вообще какого-либо органическаго страданія нервной системы, доискиваться, подъ угрозой больному, въ случаѣ, если этихъ признаковъ не окажется, признать его симулянтомъ, какъ это дѣлалъ и рекомендовывалъ и другимъ дѣлать Rigler. Möbius, реферировавшій въ одномъ изъ нѣмецкихъ ежегодниковъ по медицинѣ *) „Die traumatischen Neurosen“ Oppenheim'а, закончилъ свой отчетъ пожеланіемъ, чтобы „эта превосходная работа получила широкое распространеніе, особенно среди практическихъ врачей, въ виду необыкновенной важности „травматическаго невроза“, заболѣванія еще недостаточно общеизвѣстнаго“. Это пожеланіе можетъ быть было бы не лишне повторить и теперь черезъ 20 лѣтъ.

Такимъ образомъ мысль о функціональной природѣ дотолѣ „невыясненныхъ“ заболѣваній нервной системы послѣ несчастныхъ случаевъ, впервые высказанная Moeli въ 1881, и доказанная обстоятельными наблюденіями американскихъ (1883—1884), нѣмецкихъ (1883—1884) и французскихъ (съ 1884) ученыхъ, вылилась наконецъ около 1885 года въ стройное ученіе о „травматическомъ неврозѣ“, ко-

*) Schmidts Jahrbücher, B. CCXXI, S. 210.

торое и было зафиксировало монографіей Oppenheim'а 1889 года.

Исторія ученія о травматическомъ неврозѣ послѣ 1889 года.

Однако было бы ошибкой думать, что это ученіе Strümpell—Oppnheim'а о „травматическомъ неврозѣ“ сразу же оттѣснило болѣе старое прежнее пониманіе этой болѣзни, какъ органическаго спинно-мозгового страданія, притомъ почти исключительно связаннаго съ желѣзно-дорожными катастрофами. Не удивительно, если въ Англіи, на родинѣ Railway-injuries, желѣзно-дорожныхъ болѣзней, въ 1891 году проф. Gowers въ своемъ учебникѣ нервныхъ болѣзней *) совершенно не упоминаетъ даже самаго названія травматическаго невроза, излагая только старое ученіе о Railway-spine, какъ травматическомъ поврежденіи спинного мозга. Онъ только вскользь упоминаетъ, что причина, вызвавшая это заболѣваніе, можетъ затронуть (черезъ спинной мозгъ или и непосредственно) головной мозгъ и вызвать, кромѣ спинальныхъ, еще и церебральные симптомы. Но мнѣніе Putnam'а объ истерическомъ происхожденіи спинальныхъ симптомовъ Gowers считаетъ преувеличеніемъ, такъ какъ въ основѣ этихъ симптомовъ лежитъ „реальная причина“, именно органическое поврежденіе спинного мозга. На самой родинѣ травматическаго невроза, въ Германіи долго еще, и не въ одныхъ учебникахъ попадалось, какъ отголосокъ стараго времени, названіе Railway-injuries и Railway-spine и Railway-brain и, если эти понятія въ настоящее время совершенно стерлись понятіемъ „травматическаго невроза“, какъ невроза послѣ несчастнаго случая, то это вызвала не столько, можетъ быть, теоретическая работа ученыхъ, сколько тоже вліяніе общихъ историческихъ условій.

---

*) См. русскій переводъ, СПБ. 1894, т. 1, стр. 604 etc.

Дѣло въ томъ, что въ Германіи около этого времени, именно въ 1885 году, введено было обязательное страхованіе рабочихъ отъ несчастныхъ случаевъ. Оно снова выдвинуло на первый планъ несчастные случаи въ различныхъ фабричныхъ и заводскихъ предпріятіяхъ. Послѣдствія самыхъ разнообразныхъ поврежденій промышленности, въ томъ числѣ и заболѣванія нервной системы послѣ травмъ, привлекли къ себѣ напряженное вниманіе широкихъ круговъ населенія и особенно лицъ, имѣвшихъ соприкосновеніе съ рабочими. Сама жизнь отодвинула всѣ Railway-injuries и Railway-spine'ы и Railway-brain'ы въ сторону. Отъ этихъ „абсурдныхъ" (Erichsen) названій пришлось волей-неволей отказаться. Самое изученіе неврозовъ послѣ желѣзно-дорожныхъ катастрофъ все съуживалось, а на названіе „травматическаго невроза" сразу установился болѣе широкій взглядъ. Подъ нимъ разумѣли уже не только слѣдствія однихъ желѣзнодорожныхъ несчастій. Пришлось отказаться и отъ объясненія всѣхъ явленій травматическаго невроза сотрясеніемъ центральной нервной системы, такъ какъ оно не всегда являлось непремѣннымъ условіемъ несчастныхъ случаевъ промышленности. И въ такой болѣе широкой и общей постановкѣ вопроса о травматическихъ неврозахъ былъ, конечно, значительный прогрессъ сравнительно съ узко-практическимъ взглядомъ англійскихъ практическихъ врачей, тѣсно связывавшихъ его съ одной причиной только, съ желѣзнодорожными катастрофами.

Но та же жизнь снова, какъ когда-то въ Англіи при „желѣзнодорожной горячкѣ", толкала ученіе о травматическомъ неврозѣ и въ сторону нѣкотораго регресса. Какъ извѣстно, обязательное страхованіе отъ несчастныхъ случаевъ въ Германіи сразу захватило огромный кругъ лицъ. Въ 1885 году ему подлежало слишкомъ 3 милліона рабочихъ, а въ теченіе уже первыхъ слѣдующихъ 10 лѣтъ число застрахованныхъ отъ несчастныхъ случаевъ рабочихъ и служащихъ въ различныхъ учрежденіяхъ и предпріятіяхъ достигло уже $5^1/_2$ милліоновъ. Соотвѣтственно этому и чис-

ло вознаграждаемыхъ увѣчій все росло. Въ 1886 году впервые было вознаграждено около 10 тысячъ несчастныхъ случаевъ, а черезъ 10 лѣтъ такихъ впервые вознагражденныхъ было уже 86,4 тысячи. Если же взять не только впервые вознаграждавшихся, а всѣхъ тѣхъ, которые вообще получили въ 1896 году ренту за увѣчья, произошедшія во всѣ предыдущія 10 лѣтъ, то получится крайне внушительная цифра въ 374 тысячи увѣчныхъ. А такъ какъ среди вознаграждаемыхъ случаевъ извѣстный процентъ приходился на нервныя послѣдствія этихъ несчастныхъ случаевъ, въ томъ числѣ и функціональныя нервныя заболѣванія послѣ травмъ, то и общее абсолютное количество неврозовъ послѣ травмъ, конечно, тоже повышалось, и вопросъ о травматическихъ неврозахъ не могъ оставаться только строго теоретическимъ. Теоріи приходилось, какъ это случилось уже прежде въ Англіи, разрабатывать не только тѣ вопросы ученія о травматическомъ неврозѣ, которые ее интересовали съ теоретической, строго научной стороны, но и тѣ, которые ставила крайне настойчиво жизнь, и въ которыхъ она, эта теорія, въ моментъ введенія обязательнаго страхованія въ Германіи, оказывалась недостаточно практичной. Теоріи пришлось поспѣвать за требованіями практическихъ врачей, и, хотя она скоро уже похоронила окончательно ученіе объ органическомъ происхожденіи травматическаго невроза, отвергла такъ же окончательно желѣзнодорожное исключительно происхожденіе его, хотя всѣ практики скоро свыклись съ представленіемъ о возможности послѣ травмъ не только органическихъ, но и функціональныхъ заболѣваній нервной системы, хотя признавали уже достаточность для этихъ неврозовъ не только сотрясенія спинного мозга, но и всякихъ другихъ травмъ, однако ученіе о травматическомъ неврозѣ далеко не утратило еще прежней остроты. Скорѣе напротивъ.

Потребности практическихъ врачей и лицъ, заинтересованныхъ въ правильной постановкѣ помощи пострадавшимъ отъ несчастныхъ случаевъ, настойчиво требовали

самаго немедленнаго разрѣшенія возникающихъ на практикѣ вопросовъ при экспертизѣ такихъ травматическихъ невротиковъ, вопросовъ не столько о сущности этого, когда то совершенно загадочнаго, заболѣванія, сколько вопросовъ о діагнозѣ его, и главнымъ образомъ вопроса о томъ, какъ отличить настоящій травматическій неврозъ отъ попытокъ его симулировать. Такимъ образомъ сразу же выдвинулось на авансцену ученія о травматическихъ неврозахъ ихъ судебно-медицинское значеніе.

Этому особенно способствовало открытіе спеціальныхъ лѣчебницъ для пострадавшихъ отъ несчастныхъ случаевъ. Именно вскорѣ послѣ введенія закона объ обязательномъ страхованіи рабочихъ отъ несчастныхъ случаевъ промышленныя предпріятія нашли для себя удобнымъ, не давая потерпѣвшему сразу же послѣ несчастнаго случая вознагражденіе, лѣчить его сначала на свой счетъ, чтобы довести его работоспособность до возможно высшаго предѣла и затѣмъ дать ему ренту, уже уменьшенную соотвѣтственно достигнутому улучшенію его способности къ труду. Обычныя больницы не всегда могли вполнѣ удовлетворять этой потребности промышленниковъ въ долѣчиваніи ихъ увѣчныхъ рабочихъ. Вскорѣ промышленныя товарищества приступили къ постройкѣ своихъ собственныхъ громадныхъ лѣчебницъ для такого долѣчиванія потерпѣвшихъ. Наблюденіе больныхъ травматическими неврозами, такимъ образомъ, постепенно перешло изъ рукъ невропатологовъ обычныхъ больницъ и клиникъ, изучавшихъ до тѣхъ поръ это заболѣваніе, въ руки врачей, имѣвшихъ спеціальную цѣль—долѣчивать такихъ больныхъ, а вмѣстѣ съ тѣмъ выяснять степень потери ихъ работоспособности. Возникла новая отрасль судебной медицины, Unfallmedizin, медицина несчастныхъ случаевъ съ ея кунштюками для „разоблаченія“ предполагаемыхъ „симулянтовъ“, для „объективной“ установки размѣровъ потери трудоспособности и т. д., отрасль, обслуживаемая особыми врачами и особыми больницами. Такъ какъ такія больницы строились и содер-

жались исключительно на средства промышленниковъ *), то у рабочихъ возникли подозрѣнія, что интересы предпринимателей охраняются такими больницами въ ущербъ интересамъ ихъ, рабочихъ. Со стороны послѣднихъ возникло недовѣрчивое отношеніе къ такимъ больницамъ, вслѣдствіе котораго всякій поступавшій въ такую увѣчную больницу принималъ съ самаго начала нѣсколько воинственное положеніе противъ ея персонала, чѣмъ въ свою очередь вызывалъ у наблюдающихъ его подозрѣнія, существовавшія еще со времени Erichsen'a, что пострадавшему, особенно такому, который безплатно лѣчится въ больницѣ, а затѣмъ разсчитываетъ получить ренту, выгодно намѣренно преувеличивать и даже вполнѣ симулировать свои страданія съ заранѣе намѣченной цѣлью —добиться возможно большей ренты.

Такое мнѣніе постепенно вышло и за предѣлы увѣчныхъ больницъ. Въ 1892 году Seeligmüller предупреждалъ, основываясь на мнѣніяхъ практиковъ, что черезъ 20 лѣтъ симуляція достигнетъ колоссальныхъ размѣровъ и не останется совсѣмъ рабочихъ на фабрикахъ, а будутъ лишь одни инвалиды. Въ 1896 году, черезъ 10 лѣтъ послѣ введенія закона объ обязательномъ страхованіи отъ несчастныхъ случаевъ, Strümpell сдѣлалъ попытку ближе опредѣлить природу тѣхъ мотивовъ, которые заставляютъ больныхъ преувеличивать свои страданія, давъ названіе „Begehrungs-Vorstellungen", „домогательственныхъ идей" мыслямъ больного получить непремѣнно вознагражденіе за свое увѣчье. Отсюда понятно уже легко было сдѣлать еще одинъ шагъ въ сторону защитниковъ частоты симуляціи и объяснять не только преувеличиваніе больнымъ своей болѣзни, но и всю картину болѣзней, наблюдающихся послѣ несчастныхъ случаевъ,—т. наз. травматическихъ неврозовъ исключительно лишь одной борьбой за ренту. И въ самомъ

*) Сами рабочіе по закону совершенно освобождены отъ какихъ-либо взносовъ или расходовъ при страхованіи отъ несчастныхъ случаевъ.

дѣлѣ скоро на ряду съ названіемъ травматическаго невроза постепенно начали появляться новыя болѣе или менѣе громоздкія названія для неврозовъ послѣ несчастныхъ случаевъ, названія, которыми пытались подчеркнуть мысль, что при этихъ неврозахъ дѣло идетъ о спеціальныхъ болѣзняхъ, вызываемыхъ именно застрахованностью больныхъ или точнѣе вознагражденіемъ больного рентой—Rentenkrankheiten, болѣзни отъ ренты, нервныя болѣзни отъ ренты—Renten nervenkrankheiten, неврозы отъ ренты—Rentenneurosen, въ частности истерія отъ ренты, Rentenhysterie, ишіасъ отъ ренты—Rentenischias и т. п. Въ дальнѣйшемъ обратили вниманіе и на другіе виды вознагражденія потерпѣвшихъ,-именно единовременную выдачу капитала и т. п. Появились комбинаціи названій всѣхъ причисленныхъ болѣзней съ этимъ видомъ вознагражденія—Kapitalnervenkrankheiten, Kapital neurosen неврозы отъ капитала и т. д. Затѣмъ признано было болѣе удобнымъ обобщить оба вида вознагражденія въ одномъ понятіи, просто вознагражденія. Появились Abfindungs nerven krankheiten, нервныя болѣзни отъ вознагражденія и, наконецъ, просто Ersatz krankheiten, нервныя болѣзни отъ возмѣщенія.

Понятно, что новая клиническая форма „травматическій неврозъ“ подверглась при самомъ своемъ возникновеніи самымъ перекрестнымъ вліяніямъ и, хотя функціональный характеръ ея не подвергался никѣмъ сомнѣнію, но всѣ остальныя части ученія объ этой загадочной болѣзни, — ея патогенезъ, діагнозъ, профилактика, лѣченіе и т. д. столько разъ подвергались перестройкамъ, что разобраться въ этой мозаикѣ мнѣній, отдѣльнымъ изслѣдователямъ казалось временами совершенно невозможнымъ. И хотя въ послѣднее время уже существуетъ среди нѣмецкихъ авторовъ (по заявленію Hoche, сдѣланному имъ на Баденъ - Баденскомъ Съѣздѣ невропатологовъ и психіатровъ 1907 года и не встрѣтившему возраженій среди другихъ участниковъ Съѣзда), въ общемъ полное согласіе во многихъ вопросахъ—именно въ вопросѣ о принципіальномъ положеніи Unfall-

neuros'овъ, о значенiи такъ называемыхъ объективныхъ признаковъ, о симуляцiи и т. п., но еще въ прошломъ году на 1-мъ Всероссiйскомъ Съѣздѣ фабричныхъ врачей мы слышали какъ разъ обратныя заявленiя, что весь вопросъ о травматическомъ неврозѣ является „темнымъ и неразработаннымъ“, и что поэтому его неудобно даже „дискутировать въ собранiи неспецiалистовъ.“

Одинъ изъ докладчиковъ д-ръ М. М. Могула считалъ возможнымъ только указать „тѣ главныя несогласiя во мнѣнiяхъ по разбираемому вопросу, которыя ведутъ на практикѣ къ различнымъ толкованiямъ, осложненiямъ и недоразумѣнiямъ“. Первое несогласiе авторовъ, по его мнѣнiю, заключается уже въ самомъ названiи „травматическiй неврозъ“, которое одними авторами понимается въ смыслѣ самостоятельнаго заболѣванiя, „травматическаго невроза“ въ единственномъ числѣ, другими — во множественномъ, какъ „травматическiе неврозы“ вообще. Второе разногласiе лежитъ въ вопросѣ о такъ называемыхъ объективныхъ признакахъ, третье въ возможности и частотѣ симуляцiи и наконецъ 4-ое въ прогнозѣ „травматическихъ неврозовъ“. Но къ сожалѣнiю, заявленiя этого докладчика основываются главнымъ образомъ на литературѣ стараго времени. Такъ, по вопросу о названiи травматическаго невроза, онъ приводитъ споръ Oppenheim'a и Strümpell'я съ Charcot, который, какъ мы видѣли, закончился монографiей Oppenheim'a въ 1889 году, затѣмъ ссылается на международный конгрессъ врачей въ Берлинѣ 1890 года, и если упоминаетъ о „новѣйшихъ работахъ Oppenheim'a и Strümpell'я, Bruns'a и Windscheid'a“ и „многочисленной литературѣ послѣдняго десятилѣтiя“, то приводитъ „для примѣра“ лишь одну „коллективную работу берлинскаго медицинскаго факультета“, которая, по его же словамъ, вышла въ 1897 году, т. е. 13 лѣтъ назадъ. Точно также и по другимъ вопросамъ, напр. о симуляцiи онъ приводитъ цифры Seeligmüller'a, Bruns'a и Oppenheim'a, относящiяся въ дѣйствительности еще къ 1891 году, цитируетъ Rumpf'a, Mendel'я, Hitzig'a, Benedikt'a—

однимъ словомъ почти всѣхъ авторовъ, выступавшихъ какъ извѣстно на вышеупомянутомъ берлинскомъ конгрессѣ 1890 года по докладу Schultze „Ueber Neurosen und Neuropsychosen nach Trauma". А мнѣнію Knapp'a, Benedikt'a и Möbius'a (тоже 1890 годъ) онъ противоставляетъ мнѣніе Finke, относящееся къ 1891 году, какъ это видно даже изъ переведенной на русскій языкъ статьи Seeligmüller'a о травматическомъ неврозѣ въ „Реальной Энциклопедіи медицинскихъ наукъ" Eulenburg'a (1893 г.). Такимъ образомъ литературныя указанія д-ра Могулы касаются главнымъ образомъ періода нѣмецкой литературы, законченнаго 1893 годомъ, т. е. годомъ выхода именно соотвѣтственнаго тома нѣмецкой „Real Encyclopedie" съ указанной статьей Seeligmüller'a, и если имъ даются данныя изъ позднѣйшей литературы, то только весьма скудныя и притомъ касающіяся главнымъ образомъ не нѣмецкой (если не считать указанной уже выше коллективной работы берлинскаго медицинскаго факультета въ 1897 году), а русской (Бехтеревъ, Ярошевскій), которая, по его же собственнымъ словамъ, представляетъ „почти полное отсутствіе по этому вопросу". Прив. доц. Л. С. Миноръ, принявшій вмѣстѣ съ прив. доц. Г. И. Россолимо по приглашенію Бюро Съѣзда любезное участіе въ преніяхъ, вполнѣ присоединяясь къ взглядамъ д-ра Могулы, точно также не видѣлъ въ вопросѣ о травматическомъ неврозѣ вполнѣ установленныхъ положеній и особенно подчеркивалъ, что самое понятіе „травматическій неврозъ", введенное было въ науку Oppenheim'омъ, теперь крайне расшатано".

Въ виду такихъ разногласій высказанныхъ мнѣній съ мнѣніями нѣмецкихъ современныхъ авторовъ, на что между прочимъ было указано нами и на Съѣздѣ, мы считаемъ необходимымъ въ интересахъ товарищей—неспеціалистовъ въ настоящей работѣ, болѣе подробно, чѣмъ это было нами сдѣлано въ нашемъ докладѣ Съѣзду, остановиться на исторіи вопроса о травматическомъ неврозѣ послѣ выхода въ свѣтъ монографіи Oppenheim'a и особенно на воп-

росѣ о „принципіальномъ положеніи травматическаго невроза“ среди другихъ заболѣваній. Этотъ вопросъ, по нашему мнѣнію, является кореннымъ, основнымъ для всѣхъ остальныхъ вопросовъ. Въ самомъ дѣлѣ, будетъ ли это вопросъ объ „объективныхъ признакахъ“, о симуляціи, или о прогнозѣ травматическаго невроза, о нихъ совершенно невозможно не только дискутировать, но даже вообще что нибудь говорить, если самый вопросъ о названіи „травматическаго невроза“ на самомъ дѣлѣ является „темнымъ и неразработаннымъ“, какъ это заявлялъ д-ръ Могула, или если самое понятіе „травматическаго невроза“ является въ настоящее время „крайне расшатаннымъ“.

3-й періодъ ученія о неврозахъ вслѣдствіе несчастныхъ случаевъ. „Травматическій неврозъ“ въ узкомъ смыслѣ слова.

Какъ сказано уже, Strümpell (1887) различалъ травматическіе неврозы на мѣстные и общіе, слѣд. не полагалъ, что существуетъ только одинъ неврозъ, именно травматическій, но много различныхъ травматическихъ неврозовъ. Точно также и Oppenheim въ своей монографіи 1889 года только однажды въ заголовкѣ одной изъ главъ („о сущности травматическаго невроза“) употребилъ названіе „травматическій неврозъ“ въ единственномъ числѣ. Въ остальномъ же онъ разумѣлъ подъ этимъ названіемъ вообще всѣ разнообразные неврозы послѣ травмъ, которые всѣ по его мнѣнію представляютъ много своеобразныхъ отличій отъ неврозовъ другого происхожденія. Тѣмъ не менѣе Strümpell-Oppenheim'овское названіе „травматическаго невроза“ многими врачами было превратно понято, какъ отмѣчалъ это уже въ 1891 году Bruns. Установилось мнѣніе, что послѣ травмъ всегда получается только одна, всегда одинаковая форма болѣзни, именно „травматическій неврозъ“ въ единственномъ числѣ. Это воззрѣніе показалось удобнымъ

и для экспертовъ, которымъ не требовалось ближе опредѣлять форму невроза, и для суда, который, слѣдуя воззрѣніямъ экспертовъ, считалъ, что „травматическій неврозъ" есть названіе одной строго опредѣленной болѣзни, а не суммарное названіе цѣлой группы ихъ. Первый споръ о новомъ неврозѣ какъ разъ и былъ вызванъ въ сущности критикой такого неправильнаго пониманія „травматическаго невроза", хотя критики и шли дальше, высказываясь иногда не только противъ существованія „травматическаго невроза", какъ особой единственно возможной формы невроза послѣ несчастныхъ случаевъ, но и противъ существованія вообще у травматическихъ невротиковъ особыхъ отъ прочихъ нетравматическихъ неврозовъ чертъ, и слѣдов. даже противъ законности самаго названія „травматическихъ неврозовъ". Уже въ 1889 году, т. е. въ годъ выхода монографіи Oppenheim'a, Eisenlohr высказался противъ того, чтобы неврозамъ послѣ травмъ давать особыя названія. Лучше говорить въ отдѣльныхъ случаяхъ о травматической истеріи, травматической неврастеніи, травматическихъ психозахъ или объ органическихъ разстройствахъ, обусловленныхъ травмой, но не коротко о травматическомъ неврозѣ. Затѣмъ въ томъ же 1889 году на Баденъ-Баденскомъ съѣздѣ противъ травматическаго невроза, какъ названія особой формы болѣзни, высказался Fr. Schultze и проф. Берлинскаго университета Jolly. На слѣдовавшемъ затѣмъ въ 1890 г. международномъ Конгрессѣ въ Берлинѣ вопросъ о травматическомъ неврозѣ послужилъ главной темой неврологической секціи. На немъ Fr. Schultze, бывшій докладчикомъ, подчеркивалъ, что послѣ травмы развивается не какая-либо особенная форма невроза, не „травматическій неврозъ", а давно извѣстные неврозы—неврастенія, истерія, ипохондрія, настоящіе психозы и ихъ смѣшанныя формы. Такимъ образомъ многіе авторы продолжали держаться первоначальнаго мнѣнія Charcot, что нѣтъ особой болѣзни „травматическаго невроза", а существуютъ только истерія, неврастенія или истеро-неврастенія послѣ травмы.

Однако потребность какимъ-либо образомъ отличать неврозы послѣ несчастныхъ случаевъ отъ прочихъ неврозовъ нетравматическаго происхожденія, чувствовалась настолько сильно, что уже въ 1890 году появилось для всей массы нервныхъ болѣзней послѣ травмъ особое названіе. Möbius первый употребилъ названіе „Unfallnervenkranke", „нервные больные отъ несчастнаго случая". Такое названіе, по мнѣнію Möbius'а, совершенно не предрѣшало вопроса о томъ, существуетъ ли одинъ неврозъ послѣ травмы или ихъ много всякихъ. Подъ это названіе можно подводить затѣмъ не только общія функціональныя заболѣванія, такъ назыв. „травматическіе неврозы", но и простыя, локализированныя формы неврозовъ, какъ травматическія невральгіи, напр. суставные неврозы, которые особенно важны съ точки зрѣнія симуляціи и представляютъ затрудненія для дифференціальнаго діагноза отъ органическихъ заболѣваній. А въ слѣдующемъ 1891 году мы уже встрѣчаемъ названіе „Unfallneurose", „неврозовъ послѣ несчастныхъ случаевъ" въ работѣ Albin'а Hoffmann'а „Die traumatische Neurose und das Unfallversicherungs-Gesetz". Съ другой стороны, несмотря на сомнѣнія Eisenlohr'а, Fr. Schultze и Jolly въ правильности названія „травматическаго невроза", въ томъ же 1890 году Bruns считалъ необходимымъ выступить въ защиту его. Въ ясныхъ случаяхъ, а такихъ много, Bruns считаетъ тоже удобнымъ опредѣлять болѣзнь точнымъ именемъ: травматической истеріей, травматической неврастеніей, травматическимъ психозомъ, не просто вообще „травматическимъ неврозомъ". Это имѣетъ практическое значеніе, особенно въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ дѣло идетъ о истеріи послѣ травмы и только о ней. „Здѣсь безусловно необходимо ребенка называть его настоящимъ именемъ". Употреблять имя „истеріи" въ приложеніи не къ женщинѣ, а къ мужчинѣ и притомъ мужчинѣ—рабочему не слѣдуетъ бояться. И Charcot и многіе другіе, въ томъ числѣ и нѣмецкіе авторы доказали уже, что истерія возможна не только у женщинъ и дѣтей, но и

у взрослыхъ мужчинъ, и признавать этотъ фактъ вовсе не значитъ, какъ думаетъ Schultze, „слишкомъ баловать истерію“.*) Но кромѣ ясныхъ случаевъ существуетъ большое число такихъ, въ которыхъ возникшій послѣ травмы неврозъ невозможно причислить къ какой либо одной опредѣленной формѣ извѣстныхъ неврозовъ. Для такихъ неврозовъ практическій терминъ „травматическій неврозъ“ совершенно необходимъ. Сюда относятся всѣ смѣшанныя формы истерическихъ, неврастеническихъ, психическихъ и отчасти органическихъ симптомовъ, формы, которыхъ существованіе признавали и Fr. Schultze и Jolly. Такія смѣшанныя формы какъ разъ и составляютъ главную массу случаевъ въ монографіи Oppenheim'а и онѣ заслуживаютъ вполнѣ названія „травматическихъ неврозовъ въ тѣсномъ смыслѣ слова“. Въ 1891 году мы встрѣчаемъ повтореніе взглядовъ Schultze-Jolly. Dunin высказывался за то, что лучше не употреблять названія „травматическаго невроза“, а говорить лишь о травматической неврастеніи, травматической истеріи и т. п. Но уже Albin Hoffmann, который, какъ было сказано выше, первый употребилъ названіе „Unfallneurose“, „неврозовъ послѣ несчастныхъ случаевъ“, тѣмъ не менѣе заявлялъ, что значительная часть этихъ Unfallneuros'овъ не можетъ быть подведена ни подъ какую форму изъ извѣстныхъ „большихъ неврозовъ“ и потому имя „травматическаго невроза“ существуетъ по праву. Въ слѣдующемъ 1892 году большинство авторовъ—Fr. Schultze, Freund, Dubois, Sahli—склоняется къ мнѣнію, что послѣ травмъ могутъ возникать разные неврозы и психозы, какъ въ чистой, такъ и въ комбинированной изъ разныхъ болѣзней формахъ. Особенно частыми формами являются—истерія, неврастенія, ипохондрія, меланхолія. Но на ряду съ этими чистыми формами часто попадаются и смѣшанныя фор-

---

*) Это мнѣніе Bruns'a подтверждаетъ въ слѣдующемъ году и руская работа объ истеріи у взрослыхъ мужчинъ, именно „Объ истеріи въ войскахъ“ д-ра А. И. Озерецковскаго, описавшаго много случаевъ истеріи у солдатъ. *Л. Ст.*

мы ихъ, иногда съ добавленіемъ кромѣ того еще и органическихъ разстройствъ. Эти смѣшанныя формы они предлагаютъ для краткости называть „травматическими неврозами“, тогда какъ для простыхъ, чистыхъ формъ неврозовъ послѣ травмъ удобнѣй вполнѣ опредѣленныя названія—травматической неврастеніи, истеріи, ипохондріи и т. п. Такимъ образомъ изъ безусловныхъ противниковъ самаго названія „травматическаго невроза“ въ 1892 году остался одинъ Jolly. Въ этомъ же году вышла изъ клиники Strümpell'я большая работа Lewek'а о травматическихъ неврозахъ. Авторъ проводитъ въ ней первоначальное мнѣніе Strümpell'я, что вообще всѣ „травматическіе неврозы“ являются безусловно особыми отъ всѣхъ другихъ неврозовъ болѣзнями, специфическими по своей симптоматологіи.

Въ 1893 году во второмъ изданіи своей монографіи о травматическихъ неврозахъ Oppenheim признаетъ, что встрѣчаются послѣ травмъ и чистыя формы большихъ неврозовъ, хотя взглядъ, что будто бы всѣ такія чистыя формы суть только „истерія“, онъ считаетъ совершенно невѣрнымъ. Во всякомъ случаѣ въ большинствѣ неврозовъ послѣ травмъ образуются комбинаціи истеровидныхъ и истерическихъ явленій, иногда со включеніемъ даже и другихъ неврозовъ (рефлекторной эпилепсіи, простой генуинной эпилепсіи, психозовъ) или же даже органическихъ разстройствъ. Въ томъ же году вопросу о травматическомъ неврозѣ посвящено было на съѣздѣ въ Висбаденѣ большое засѣданіе съ докладчиками Strümpell'емъ и Wernicke. Strümpell отстаивалъ свое воззрѣніе на травматическій неврозъ, какъ на особую тяжелую болѣзнь. Такого же мнѣнія были и прочіе (кромѣ, однако, упомянутаго выше Jolly) участники Съѣзда, которые, признавая „травматическіе неврозы“, считали полезнымъ въ отдѣльныхъ случаяхъ по возможности діагностицировать спеціальныя формы неврозовъ-истерію, неврастенію, меланхолію, ипохондрію и т. п. Въ томъ же 1893 году Vibert, основываясь на чисто практическихъ соображеніяхъ, признавалъ, что названіе

„травматическаго невроза“, если даже оно теоретически и вызываетъ споры, все-таки было бы неудобно выкидывать, такъ какъ суды привыкли къ нему и не знали бы что думать, еслибы имъ заговорили о травматической неврастеніи, истеріи и т. п. Поэтому лучше всѣ и простые и сложные симптомокомплексы нервныхъ функціональныхъ заболѣваній послѣ несчастныхъ случаевъ называть именно „травматическими неврозами“. Но несмотря на такое почти единогласное признаніе въ 1893 году законности и практической необходимости названія „травматическаго невроза“ особенно въ примѣненіи къ смѣшанной формѣ его, мы въ томъ же году встрѣчаемся и съ пережитками старыхъ воззрѣній. Именно въ руководствѣ для врачей и студентовъ проф. Вюрцбургскаго университета Leube „Спеціальный діагнозъ внутреннихъ болѣзней“ (русскій пер. 1895 г.—Спб. т. 2-й стр. 306) мы читаемъ: „Подъ названіемъ „травматическій неврозъ“ разумѣютъ въ новѣйшее время болѣзненныя состоянія, представляющія собою разновидности истеріи, resp. невро-астеніи, т. е. дѣло идетъ о функціональномъ разстройствѣ нервной системы, слѣдующемъ непосредственно за травмой, спеціально сотрясеніями тѣла (напр. при желѣзнодорожныхъ катастрофахъ, railway-spine, railway-brain). Связь названнаго невроза съ травмами и, очевидно, также съ неразлучнымъ съ послѣдними страхомъ выяснена, главнымъ образомъ, благодаря все учащающимся желѣзнодорожнымъ катастрофамъ, и особенно изученію этихъ болѣзненныхъ состояній способствовало то обстоятельство, что пострадавшіе часто заявляютъ притязанія на вознагражденіе, вслѣдствіе чего попадаютъ на освидѣтельствованіе къ врачу“... „Развитіе и симптомы травматическаго невроза отличаются въ своихъ частностяхъ такимъ разнообразіемъ, что изобразить соотвѣтствующую всѣмъ случаямъ картину болѣзни совершенно невозможно“. И дальше стр. 307: „Изъ только что представленнаго описанія длиннаго ряда симптомовъ, считающихся аттрибутомъ травматическаго невроза, ясно, что они имѣютъ частью субъективный, частью функціональный характеръ.

дѣло существеннымъ образомъ идетъ объ истерически-неврастеническихъ явленіяхъ и нѣтъ собственно настоятельной нужды признавать въ такихъ случаяхъ наличность особой болѣзни „травматическаго невроза". Скорѣе слѣдовало бы говорить о „психозѣ, истеріи, resp. невро-астеніи травматическаго происхожденія". Такимъ образомъ Leube подъ „травматическимъ неврозомъ" очевидно разумѣетъ суммарное понятіе всѣхъ вообще возникающихъ послѣ травмъ неврозовъ. Особой болѣзни „травматическаго невроза" онъ не признаетъ. Поэтому онъ и считаетъ излишнимъ этотъ терминъ, какъ названіе. Интересно отмѣтить, что Leube въ 1893 году, когда законъ о страхованіи рабочихъ отъ несчастныхъ случаевъ существовалъ уже около 8 лѣтъ, все еще связываетъ неврозы послѣ несчастныхъ случаевъ главн. обр. съ желѣзнодорожными катастрофами и повторяетъ старое пониманіе ихъ, какъ обусловленныхъ исключительно сотрясеніями спинного и головного мозга,—приводя даже и названія ихъ „Railway-spine и Railway-brain".

Въ томъ же 1893 году появилась статья Seeligmüller'а въ „Real-Encyclopedie" Eulenburg'а. Такъ какъ она была въ 1896 году переведена на русскій языкъ (въ русскомъ изданіи „Реальной Энциклопедіи"), то мы можемъ не особенно подробно останавливаться на этой интересной работѣ, хотя она и даетъ крайне яркое представленіе о теченіи въ нѣмецкой литературѣ, которое позднѣй Bruns называлъ „фанатизмомъ симуляціи". Эта работа почти вся цѣликомъ посвящена скрупулезному разбору всѣхъ симптомовъ травматическаго невроза, приведенныхъ въ монографіи Oppenheim'а 1889 г. и доказательству, что ни одинъ изъ этихъ симптомовъ „не годится для разоблаченія симуляціи". „Изъ всѣхъ названныхъ симптомовъ, говоритъ Seeligmüller нѣтъ ни одного, который былъ бы безусловно обязателенъ и не могъ бы быть симулируемъ" и потому „выдѣленіе особой формы „травматическаго невроза" ни на чемъ не основано". Не останавливаясь на этомъ теоретическомъ выводѣ,

Seeligmüller упрекаетъ Oppenheim'а, что тотъ мало обратилъ вниманія на практическую сторону вопроса. Самъ же Seeligmüller находитъ необходимымъ „для оказанія дѣйствительнаго противодѣйствія все возрастающей симуляціи" устройство „особыхъ больницъ для пострадавшихъ отъ несчастныхъ случаевъ", которыя, впрочемъ, оговаривается Seeligmüller, „одновременно" „могли бы быть утилизируемы для выздоравливающихъ отъ поврежденій", т. е. для лѣченія. Впрочемъ, не надѣясь, что и эти учрежденія помогутъ противъ симуляціи, онъ предупреждаетъ, что черезъ 20 лѣтъ, если положеніе дѣла не измѣнится, „не останется ни одного рабочаго въ мастерскихъ, а будутъ все инвалиды", и видитъ причину этого мрачнаго будущаго исключительно въ томъ, что рабочіе забываютъ свои обязанности и думаютъ только о своихъ правахъ на ренту.

Въ слѣдующемъ 1894 году вышелъ въ свѣтъ первымъ изданіемъ извѣстный учебникъ нервныхъ болѣзней Oppenheim'а. Въ немъ Oppenheim *) въ главѣ „травматическіе неврозы" говоритъ такъ: „Особенный интересъ представляютъ болѣзненныя состоянія, развивающіяся вслѣдствіе потрясеній, причемъ центральная нервная система можетъ поражаться или прямымъ путемъ, или же путемъ передачи чрезъ чувствительные нервы къ мозгу. Явленія при этомъ имѣютъ многосходства съ неврозами и психозами въ особенности съ *истеріей и неврастеніей*.**) Картина симптомовъ иногда вполнѣ соотвѣтствуетъ одному изъ этихъ неврозовъ; по большей же части развивается *комбинація истеровидныхъ и неврастеническихъ явленій*; къ этому присоединяются симптомы или цѣлыя группы симптомовъ, которые, хотя выходятъ изъ рамокъ истеріи и неврастеніи, однако, также должны быть разсматриваемы, какъ функціональныя разстройства (*рефлекторная эпилепсія, эпилепсія, мѣстныя судороги мышцъ, психозы* и т. п.), такъ, что симптомокомплексъ можетъ быть весьма разнообразенъ" (стр. 668). „Подраздѣленіе

*) См. русскій переводъ, Москва, 1896 г, стр. 668 и 674.

**) Курсивъ подлинника.

травматическихъ неврозовъ на *общіе* и *мѣстные*, предложенное Strümpell'емъ, имѣетъ нѣкоторое основаніе. Первые проявляются симптомами общаго заболѣванія нервной системы, при послѣднихъ же на первый планъ выступаютъ мѣстныя явленія со стороны той части тѣла, которая подверглась поврежденію. Наконецъ, надо напомнить еще о томъ, что травма можетъ имѣть послѣдствіемъ одновременное органическое страданіе нервной системы, такъ что получается сочетаніе симптомовъ этихъ обѣихъ разнородныхъ патологическихъ формъ“ (стр. 674). Такимъ образомъ подъ травматическимъ неврозомъ Oppenheim разумѣетъ вообще всѣ симптомокомплексы болѣзненныхъ функціональныхъ состояній послѣ травмъ. Но особенно подчеркиваетъ, что эти симтомокомплексы по большей части представляютъ комбинаціи явленій чистыхъ неврозовъ — неврастеніи и истеріи, эпилепсіи и кромѣ того еще прежде не упоминавшейся имъ новой формы невроза — мѣстныхъ судорогъ мышцъ. При этомъ Oppenheim не высказывается прямо, что эти комбинаціи неврозовъ именно и слѣдуетъ называть травматическимъ неврозомъ. Такимъ образомъ онъ и въ своемъ учебникѣ продолжаетъ отстаивать свою прежнюю точку зрѣнія, что существуетъ не одинъ травматическій неврозъ sensu strictiori, а различные травматическіе неврозы.

Въ 1895 году опубликована была въ Брюсселѣ королевской бельгійской Медицинской Академіей премированная ею же работа Crocq'a „Etude pathogénique et clinique des névroses traumatiques“. Въ ней Crocq дѣлилъ всѣ нервныя заболѣванія послѣ травмъ на тяжелыя формы, „травматическіе неврозы sensu strictiori“ и на формы легкія: травматическія неврастеніи, истеріи и т. п. Органическія нервныя болѣзни, по его мнѣнію, получаются послѣ механическихъ несчастныхъ случаевъ, какъ напр. желѣзнодорожныхъ катастрофъ, паденій съ высоты и т. п., неврозы же—послѣ легкихъ периферическихъ поврежденій. Если психической эмоціи въ моментъ несчастнаго случая не бы-

ло, то даже при отсутствіи предрасположенія образуется тяжелый, неизлѣчимый неврозъ. Если же во время несчастія была на лицо только одна психическая травма-психическая эмоція потерпѣвшаго, то травматическій неврозъ получится только у тѣхъ потерпѣвшихъ, которые являются предрасположенными къ нему, и притомъ въ легкой, излѣчимой формѣ. Стройная, но схематически построенная теорія Crocq'a не преминула встрѣтить вѣскія возраженія со стороны нѣмецкихъ авторовъ, имѣвшихъ возможность провѣрить ее на томъ громадномъ матерьялѣ неврозовъ вслѣдствіе несчастныхъ случаевъ, который былъ въ ихъ распоряженіи вслѣдствіе уже многолѣтняго примѣненія въ Германіи закона объ обязательномъ страхованіи рабочихъ отъ несчастныхъ случаевъ и котораго не могло образоваться въ Бельгіи, не обладавшей подобнымъ закономъ. Указывалось много несоотвѣтствій схемы Crocq'a дѣйствительному положенію вещей, между прочимъ то, что никоимъ образомъ нельзя случаи травматической истеріи считать легкими, быстро излѣчимыми. Скорѣе наоборотъ, они вообще очень упорно поддаются лѣченію.

Въ 1895 же году появилась извѣстная работа Strümpell'я о „Begehrungsvorstellungen". *) Въ ней Strümpell тщательнымъ разборомъ этіологическихъ моментовъ травматическаго невроза выяснялъ значеніе въ этіологіи и упорствѣ этой болѣзни воззрѣній самого больного на вознагражденіе за несчастный случай и создалъ для этихъ воззрѣній названіе „Begehrungsvorstellungen" „домогательственныхъ идей". Эти идеи, по мысли Strümpell'я, заставляютъ больного послѣ несчастнаго случая прежде всего думать о возможно высокой рентѣ, а при улучшеніи здоровья весьма

*) Въ трудахъ 1-го фабричнаго Съѣзда (т. I. стр 344) упоминается о нихъ, какъ о „новыхъ понятіяхъ объ одержимости идеей полученія ренты". Едва ли это понятіе, относящееся къ 1895 году, можно черезъ 15 лѣтъ называть все еще „новымъ".

неохотно разставаться съ нею. Новый терминъ оказался, по выраженію Bruns'a, боевымъ и вызвалъ много споровъ. Имъ Strümpell невольно снова выдвинулъ на первый планъ Seeligmüller'овское ученіе о симуляціи болѣзненныхъ страданій послѣ травмъ, которое уже имѣло въ то время горячихъ сторонниковъ, особенно среди промышленныхъ товариществъ. Вѣдь разъ дѣло шло о „домогательственныхъ идеяхъ", можно было думать, что и значительная часть тяжелыхъ формъ травматическаго невроза зависитъ не столько отъ самой травмы, сколько отъ нежеланія больного разстаться съ рентой, а слѣд. и ученіе о прогнозѣ требовало настоятельнаго пересмотра именно съ этой точки зрѣнія.

Потребность въ такомъ пересмотрѣ вопроса о прогнозѣ неврозовъ вслѣдствіе несчастныхъ случаевъ, и особенно смѣшанной формы ихъ, чувствовалась послѣ работы Strümpell'я настолько остро, что медицинскій факультетъ въ Берлинѣ счелъ себя вынужденнымъ подвергнуть этотъ вопросъ детальному обсужденію и въ 1897 году опубликовалъ свое рѣшеніе, что слѣдуетъ отбросить названіе „травматическихъ неврозовъ" совершенно. Это названіе, помимо воли тѣхъ, кто его создалъ, привело на практикѣ къ ложному выводу, что всѣ неврозы послѣ травмъ неизлѣчимы, и потому оно должно быть оставлено. Любопытно отмѣтить, что тотъ же берлинскій медицинскій факультетъ, какъ оказывается изъ цитированнаго рѣшенія, обсуждалъ вопросъ о травматическомъ неврозѣ еще однажды и раньше, именно въ 1891 году и пришелъ тогда къ совершенно противоположному выводу, именно, что, хотя Unfallneuros'ы вообще принадлежатъ къ давно извѣстнымъ формамъ функціональныхъ нервныхъ болѣзней или представляютъ смѣшенія ихъ, тѣмъ не менѣе имя „травматическаго невроза" должно быть сохранено „изъ практическихъ соображеній". А черезъ 6 лѣтъ тѣ же практическія соображенія, очевидно вытекавшія изъ вышедшей всего за 2 года передъ тѣмъ упомянутой работы Strümpell'я, вынудили его высказаться за

полное уничтоженіе самаго названія „травматическаго невроза“ *).

Однако Bruns черезъ 2 года (1899), послѣ критическаго разсмотрѣнія взглядовъ противниковъ и сторонниковъ „травматическаго невроза“, находитъ возможнымъ по-прежнему классифицировать Unfallneuros'ы на обычные „травматическіе неврозы“—неврастенію, истерію, ипохондрію, простые психозы и „травматическій неврозъ“ въ собственномъ смыслѣ слова, т. е. всѣ смѣшанныя формы этихъ заболѣваній. Тоже мнѣніе отстаивалъ и R. Schultz (тоже 1899 г.). Онъ признаетъ полезнымъ въ подходящихъ случаяхъ ставить вполнѣ опредѣленные діагнозы—неврастеніи, истеріи и т. п. Но во многихъ случаяхъ симптомы неврозовъ настолько перемѣшиваются другъ съ другомъ, что нельзя обойтись безъ спеціальнаго названія „травматическаго невроза“. Практическое значеніе этого названія явствуетъ уже изъ того, что кличъ (медицинскаго факультета въ Берлинѣ?): „нѣтъ никакого травматическаго невроза“ вызвалъ, по словамъ R. Schultz'а среди профессіональныхъ товариществъ большое недоумѣніе и замѣшательство. Въ 1900 году въ новомъ изданіи Eulenburg'овской Real-Encyclopedie вопросу о травматическомъ неврозѣ снова отведена была большая глава, принадлежащая на сей разъ уже не Seeligmüller'у, а Edin-

*) Д-ръ М. М. Могула въ своемъ докладѣ на 1-мъ Всероссійскомъ Съѣздѣ фабричныхъ врачей заявлялъ, что „надѣлавшая много шума коллективная работа медицинскаго факультета въ Берлинѣ въ 1897 году ...утверждала, что травматическій неврозъ имѣетъ рѣзко опредѣленную картину и является заболѣваніемъ самостоятельнымъ“ (Труды 1-го фабричнаго съѣзда. Т. I, стр. 325). Но это заявленіе не соотвѣтствуетъ дѣйствительности. Наоборотъ, какъ мы видѣли, эта работа въ 1897 году совершенно отвергала даже самое названіе „травматическаго невроза“. Можно сослаться хотя бы на Bruns'а въ Schmidt's Jahrbücher, Т. 259, стр. 207. „... verwirft das Gutachten von 1897 diesen Namen-traumatische Neurose—vollständig“. Быть можетъ д-ръ Могула хотѣлъ сказать, что берлинскій факультетъ высказывался за необходимость этого термина въ 1891 году? Но тогда факультетъ своего мнѣнія не опубликовывалъ и слѣд. оно не могло произвести шума.

ger'y и Auerbach'y. Авторы ея, несмотря на опубликованное за три года передъ тѣмъ рѣшеніе берлинскаго медицинскаго факультета, считаютъ необходимымъ сохранить названіе „травматическаго невроза", именно для тяжелыхъ смѣшанныхъ формъ Oppenheim'a. И ссылаются при этомъ тоже на практическія соображенія.

Такъ сильно давало себя чувствовать въ концѣ 90-хъ годовъ въ Германіи давленіе практики (т. е. примѣненія закона объ обязательномъ страхованіи рабочихъ отъ несчастныхъ случаевъ) не только на практическихъ врачей, но и на научныхъ работниковъ и даже на цѣлыя научныя корпораціи.

Въ 1901 году Bruns, раздѣлявшій еще въ 1891 году мнѣніе о неспецифичности термина „травматическаго невроза", тѣмъ не менѣе въ своей монографіи „Травматическіе неврозы", считалъ необходимымъ повторить свое, еще въ 1891 году высказанное мнѣніе, что при неврозахъ отъ несчастныхъ случаевъ не всегда возможно всякій данный случай совершенно опредѣленно втиснуть въ рамки истеріи или неврастеніи или ипохондріи; что для цѣлаго ряда смѣшанныхъ симптомокомплексовъ безусловно практично сохранить Oppenheim'овское названіе „травматическаго невроза" и что нѣтъ необходимости, какъ нѣкоторые желали бы, совершенно уничтожать это названіе. Согласно этому своему воззрѣнію Bruns въ своей монографіи, употребляетъ для обозначенія всѣхъ „неврозовъ послѣ несчастныхъ случаевъ" названіе „травматическихъ неврозовъ" вообще, а въ отдѣлѣ симптоматологіи при описаніи отдѣльныхъ видовъ этихъ неврозовъ онъ, на ряду съ случаями „чистой травматической истеріи", „чистой травматической неврастеніи" и „довольно чистой ипохондріи послѣ желѣзнодорожнаго несчастнаго случая" описываетъ „случай травматическаго невроза (Oppenheim'a) sensu strictiori, т. е. смѣшанную форму неврастеническихъ, ипохондрическихъ и истерическихъ симптомовъ".

Въ 1904 году проф. Kraepelin въ своемъ учебникѣ

психіатріи даетъ очень подробное описаніе картины болѣзни, „впервые изученной Westphal'емъ и Charcot“ съ ихъ учениками, „описанной подъ названіемъ травматическаго невроза или травматической истеріи“. „Дѣло идетъ здѣсь, говоритъ онъ, о картинѣ болѣзни, составленной изъ нервныхъ и психическихъ явленій, развивающейся послѣ сильныхъ душевныхъ потрясеній, внезапнаго испуга (Schreck), сильной тоскливости (Angst)“. Въ виду особенностей этой картины Kraepelin даетъ ей особое названіе,—„Schreckneurose“, невроза отъ испуга, причисляя ее къ разряду психогенныхъ неврозовъ, на ряду съ истерическимъ помѣшательствомъ (Irresein) и неврозами вслѣдствіе ожиданія (Erwartungsneurosen). Такимъ образомъ мы встрѣчаемъ уже въ 1904 году для описанной Oppenheim'омъ формы невроза послѣ несч. сл. не только названіе „невроза отъ испуга“, болѣе рѣзко указывающее на психогенную сущность этой болѣзни, но и подтвержденіе прежнихъ взглядовъ на нее, какъ специфической формы болѣзни, именно комбинаціи невроза съ психическими явленіями. Кромѣ того, ясно, что въ 1904 году для „травматическаго невроза“ циркулировало синонимическое названіе „травматической истеріи“.

Однако, въ слѣдующемъ 1905 году Fr. Schultze заявлялъ, что среди почти 1200 случаевъ неврозовъ послѣ травмъ, наблюдавшихся съ 1889 года въ Боннской клиникѣ, онъ ни разу не встрѣтилъ какого-либо невроза, который бы не принадлежалъ къ категоріи неврастеніи, истеріи, ипохондріи или какого-либо другого невроза. Всего чаще встрѣчалась неврастенія, рѣже истерія, всего рѣже ипохондрія, притомъ, какъ прибавляетъ самъ Schultze, смѣшанныя формы наблюдались чаще, чѣмъ чистыя. Такимъ образомъ Fr. Schultze, отстаивая свое мнѣніе, что не существуетъ особой формы „травматическаго невроза“, тѣмъ не менѣе, очевидно признаетъ, какъ и въ 1889 году, что наряду съ отдѣльными большими неврозами—истеріей, неврастеніей, ипохондріей, существуетъ особая форма невроза, именно смѣшанная изъ всѣхъ другихъ.

Въ 1907 году на Съѣздѣ невропатологовъ и психіатровъ въ Баденъ-Баденѣ программной темой назначенъ былъ вопросъ „о клиническихъ послѣдствіяхъ законовъ о страхованіи отъ несчастныхъ случаевъ“ или, говоря проще, вопросъ о вліяніи страхованія на картину травматическихъ неврозовъ, развивающихся у застрахованныхъ. Одинъ изъ докладчиковъ, проф. Фрейбургскаго университета Hoche напомнилъ о томъ, что еще въ 1891 году на такомъ же Съѣздѣ въ Баденъ-Баденѣ уже обсуждался вопросъ о неврозахъ послѣ несчастныхъ случаевъ и что тогда рѣчь шла главнымъ образомъ о принципіальномъ положеніи неврозовъ послѣ травмъ въ ряду другихъ заболѣваній, объ объективныхъ признакахъ, симуляціи и т. п., и что въ 1907 году „относительно этихъ вопросовъ уже давно существуетъ въ общемъ согласіе“. А именно подъ травматическимъ неврозомъ въ настоящее время, по его мнѣнію, разумѣютъ „картины болѣзни, которыя то принадлежатъ къ области истеріи, то къ области неврастеніи или ипохондріи, часто представляютъ смѣсь различныхъ формъ (Züge) и отчасти изъ практическихъ соображеній въ настоящее время описываются коротко, какъ „истерія вслѣдствіе ренты“, Rentenhysterie, причемъ все время не упускается изъ виду суммарный характеръ этого этикета“. Такимъ образомъ черезъ 2 года послѣ Fr. Schultze, Hoche признаетъ тоже, что послѣ травмы получаются самые разнообразные неврозы и что наряду съ этими обычными неврозами наблюдается и особая смѣшанная форма ихъ, но обратно съ Schultze, не только не считаетъ нужнымъ отбросить названіе травматическаго невроза, но даже прилагаетъ его уже не только къ одной этой смѣшанной формѣ, но ко всѣмъ вообще неврозамъ послѣ травмы. Съ другой же стороны онъ указываетъ, что это суммарное понятіе травматическаго невроза не совсѣмъ удовлетворяетъ многихъ изслѣдователей, почему многіе и предпочитаютъ изъ практическихъ соображеній замѣнить его другимъ, хотя не менѣе суммарнымъ этикетомъ, именно Rentenhysterie. Въ томъ же 1907 году Meyerfeldt въ своей

диссертаціи (Кенигсбергъ) опубликовалъ 11 своихъ случаевъ неврозовъ послѣ травмъ, причемъ прямо называетъ ихъ всѣ, подобно Hoche, общимъ именемъ травматическаго невроза, понимая подъ нимъ всѣ вообще разнообразныя функціональныя заболѣванія послѣ травмъ. Въ томъ же 1907 году вышла изъ гиссенской клиники диссертація Dochnal'я „О травматическомъ происхожденіи нервныхъ болѣзней". Говоря въ ней между прочимъ и о травматическихъ неврозахъ, Dochnal считаетъ это названіе „травматическаго невроза" неудачнымъ въ діагностическомъ и патогенетическомъ отношеніи и предлагаетъ, вопреки указаніямъ Bruns'а Hoche, Meyerfeldt'а и согласно Jolly (1893), совершенно его выкинуть, а симптомы неврозовъ послѣ травматическихъ поврежденій включать по возможности или въ діагнозъ истеріи или неврастеніи или ипохондріи, или описывать ихъ просто, какъ „смѣшанную форму" этихъ болѣзней. Такимъ образомъ Dochnal тоже признаетъ какъ разъ смѣшанную форму Oppenheim'а, только не хочетъ называть ее травматическимъ неврозомъ.

Вопроса о „травматическихъ неврозахъ" точно также пришлось, хотя вскользь, коснуться на II-мъ международномъ Съѣздѣ по физико-терапіи въ октябрѣ 1907 года въ Римѣ. Докладчикъ, выступавшій на Съѣздѣ по программной темѣ „О необходимости физическихъ агентовъ въ діагнозѣ и въ лѣченіи пострадавшихъ отъ несчастныхъ случаевъ", проф. Thiem (Cotbus изъ подъ Берлина), говоря по поводу значенія съуженія поля зрѣнія при „такъ назыв. травматическомъ неврозѣ", оперировалъ наряду съ тѣмъ и терминомъ „травматической неврастеніи" и діагнозомъ „травматической истеріи". Другой докладчикъ, д-ръ Luigi Bernacchi изъ Миланскаго Института для лѣченія пострадавшихъ отъ несчастныхъ случаевъ употреблялъ названіе „травматическихъ неврозовъ" во множественномъ числѣ, слѣдов. становился на точку зрѣнія сторонниковъ неспецифичности этого термина и въ тоже время говорилъ неоднократно о „психо-неврозахъ послѣ несчастныхъ слу-

чаевъ“, примыкая такимъ образомъ скорѣе къ Oppenheim'овскому или даже Kraepelin'овскому воззрѣнію на травматическій неврозъ. Проф. Lombroso, принимавшій участіе въ преніяхъ по этимъ докладамъ, тоже повидимому склонялся къ мнѣнію о психо-невротической природѣ „травматическихъ неврозовъ“, указывая, что бороться съ этими заболѣваніями послѣ несч. сл., вызываемыми не физическими, а психическими факторами разнаго рода, можно скорѣй не физикотерапевтическими средствами, а психическими, напр. психотерапевтическими и т. п.

Наконецъ въ томъ же 1907 г. въ новомъ изданіи своего извѣстнаго учебника Strümpell высказывается за специфичность травматическихъ неврозовъ. Вслѣдъ за разсмотрѣніемъ истеріи и неврастеніи, онъ излагаетъ ученіе о „такъ назыв. травматическихъ неврозахъ“ или „неврозахъ отъ несчастныхъ случаевъ“, стоящихъ, по его мнѣнію, въ самой близкой связи къ нервности, неврастеніи, ипохондріи и истеріи, но заслуживающихъ особаго обсужденія въ силу извѣстныхъ особенностей ихъ, а именно потому, что картина болѣзни, возникающей послѣ травмъ разнаго рода, является „необыкновенно характерной“. Симптомокомплексы такихъ болѣзней носятъ на себѣ „своеобразный отпечатокъ, мало свойственный обычной неврастеніи и истеріи“.

Въ 1908 году въ іюльскомъ номерѣ лейпцигскаго журнала „Monatsschrift für Unfallheilkunde und Invalidenwesen“ мы находимъ пространную статью Ed. Schwartz'a (изъ Риги) „Zur Reform der Unfallversicherungsgesetze“. Въ самомъ началѣ ея авторъ даетъ опредѣленіе травматическаго невроза „т.-е. послѣдствія несчастнаго случая въ неврологo-психіатрической области съ исключеніемъ всѣхъ послѣдствій другого рода“. „Такъ назыв. травматическій неврозъ“, согласно этому опредѣленію, „представляетъ симптомокомплексъ, составляющійся изъ симптомовъ неврастеніи, истеріи и ипохондріи, и предсказаніе при этой болѣзни является плохимъ, т. е. эти болѣзненныя состоянія или неизлѣчимы или же излѣчимы только въ исключительныхъ случаяхъ.“ Та-

кимъ образомъ Schwartz повидимому стоитъ на сторонѣ тѣхъ авторовъ, которые считаютъ травматическій неврозъ смѣшанной формой многихъ простыхъ неврозовъ, отличающейся отъ послѣднихъ даже и прогнозомъ, гораздо менѣе благопріятнымъ, чѣмъ при этихъ просто неврозахъ. Но въ дальнѣйшемъ, говоря о „травматическихъ неврозахъ“ въ Швейцаріи, Schwartz употребляетъ по поводу нихъ выраженіе „пострадавшій неврастеникъ“, затѣмъ говоритъ объ „неврастеніи послѣ несчастнаго случая“ по поводу случая Wehmer'a, въ которомъ, по его словамъ, „не было ясной причинной зависимости между травмой и неврозомъ (по смыслу предъидущаго травматическимъ неврозомъ)“, такъ что остается неяснымъ, имѣетъ ли авторъ въ виду всегда, говоря о травматическомъ неврозѣ, именно „травматическій неврозъ“ въ строгомъ смыслѣ слова т. е. смѣшанную форму неврозовъ послѣ травмъ, или подъ терминомъ „травматическаго невроза“ онъ разумѣетъ лишь суммарное понятіе вообще всякихъ неврозовъ послѣ травмъ, подобно упомянутому Hoche термину „Rentenhysterie“. Въ томъ же журналѣ за тотъ же годъ помѣщена статья Schönfeldt'a, посвященная спеціально вопросу о нервныхъ (нервозныхъ) разстройствахъ послѣ несчастныхъ случаевъ. Въ ней авторъ упоминаетъ о томъ прежнемъ времени, когда всѣ нервныя явленія, на которыя жаловался пострадавшій, разсматривали, какъ „травматическій неврозъ“, и подъ такимъ названіемъ и заносили въ документы. Теперь же, по мнѣнію автора, не довольствуются такимъ суммарнымъ опредѣленіемъ, а требуютъ болѣе детальнаго діагноза заболѣванія. Прежде и Имперское Страховое Управленіе стояло на той точкѣ зрѣнія, что всякое нервное заболѣваніе, послѣдовавшее за несчастнымъ случаемъ, должно разсматриваться, какъ слѣдствіе несчастнаго случая. Теперь же все больше и больше прокладываетъ путь воззрѣніе, что подобныя заболѣванія только тогда должны разсматриваться какъ слѣдствіе несчастнаго случая, если они непосредственно обусловливаются несчастнымъ случаемъ или

развиваются въ короткое время послѣ несчастнаго случая, и что нельзя считать за слѣдствіе несчастнаго случая такое заболѣваніе, которое постепенно возникло, какъ слѣдствіе борьбы за полученіе возможно болѣе высокой ренты. „Истерія вслѣдствіе ренты есть нѣчто другое, чѣмъ истерія травматическая“, заканчиваетъ авторъ. Такимъ образомъ Schönfeldt оставляетъ самый вопросъ о названіи неврозовъ послѣ несчастныхъ случаевъ въ сторонѣ. Недостаточно болѣзнь назвать „травматическимъ неврозомъ“. Необходимо болѣе детально описывать ее. Классифицировать же, по его мнѣнію, очевидно, еще рано. Слѣд. не нужно и особыхъ названій для неврозовъ отъ несчастныхъ случаевъ. Косвенно же онъ высказывается противъ того „суммарнаго этикета“ Rentenhysterie для травматическихъ неврозовъ, который отчасти прилагается къ нимъ въ нѣмецкой литературѣ. Такъ какъ этіологія Rentenhysterie заключается, по его мнѣнію, не въ несчастномъ случаѣ, а въ борьбѣ за полученіе возможно болѣе высокой ренты, то онъ и высказывается противъ приложенія названія рентовой истеріи къ травматическимъ неврозамъ, вынося картину болѣзни, опредѣляемую этимъ именемъ, за предѣлы травматическихъ неврозовъ и слѣд. неврозовъ отъ несчастныхъ случаевъ.

Наконецъ у одного изъ новѣйшихъ авторовъ, именно у Friedel'я (1908) мы встрѣчаемъ дѣленіе травматическихъ неврозовъ на неврастеническій, истерическій и ипохондрическій. Подъ послѣднимъ авторъ разумѣетъ, повидимому, всѣ психическія формы травматическаго невроза. А такъ какъ наряду съ этими формами онъ не говоритъ о смѣшанныхъ формахъ неврозовъ послѣ н. с., то, повидимому, онъ скорѣе склоняется къ мнѣнію Strümpell'я, что всѣ травматическіе неврозы являются разновидностью одного невроза, но только разнятся тѣмъ, что въ разныхъ случаяхъ болѣе выступаютъ на первый планъ то неврастеническія, то истерическія, то психическія разстройства.

Въ обширной вышедшей въ 1909 году работѣ о не-

5*

врозахъ послѣ несчастныхъ случаевъ извѣстнаго знатока этого вопроса прив. доц. H. Sachs'a, основанной на обширномъ матерьялѣ изъ Бреславской лѣчебницы для пострадавшихъ отъ несчастныхъ случаевъ, мы встрѣчаемъ опредѣленіе понятія неврозовъ несчастныхъ случаевъ. „Относительно „травматическихъ неврозовъ““, читаемъ мы, „такъ много было написано со времени созданія этого понятія Oppenheim'омъ, что можно бы думать, здѣсь дѣло идетъ о совершенно ясныхъ отношеніяхъ и что возникновеніе и значеніе заболѣванія совершенно выяснены. Но на самомъ дѣлѣ это не такъ. Въ теоріи можетъ быть и существуетъ еще, какъ и по отношенію къ нѣкоторымъ другимъ заболѣваніямъ, извѣстное согласіе въ общихъ чертахъ. Но на практикѣ дѣло стоитъ совершенно иначе. Кому, какъ мнѣ, говоритъ Sachs, приходится прочитывать необыкновенно большое число экспертизъ пострадавшихъ отъ несчастныхъ случаевъ, исходящихъ изъ всевозможныхъ врачебныхъ слоевъ и круговъ, тому приходится каждый разъ снова и снова поражаться тѣмъ разнообразіемъ воззрѣній, которое представляется не только въ оцѣнкѣ заболѣванія съ точки зрѣнія значенія его для трудоспособности или съ точки зрѣнія необходимости врачебной помощи. Гораздо болѣе обнаруживаются самыя разнообразнѣйшія воззрѣнія на пониманіе самой болѣзни, на ея внутреннюю сущность, на способъ и причину ея возникновенія, на ея симптомы, на оцѣнку отдѣльныхъ явленій ея, на ея теченіе. Отчасти можетъ быть это происходитъ оттого, что подъ этимъ собирательнымъ именемъ все еще разумѣются весьма различныя картины болѣзни, различныя заболѣванія и болѣзненныя состоянія, которыя не имѣютъ ни малѣйшаго отношенія другъ къ другу. Одинъ врачъ понимаетъ эту болѣзнь исключительно въ смыслѣ „рентовой истеріи“, обусловливаемой исключительно „домогательственными идеями“, и потому вполнѣ излѣчимой устраненіемъ этихъ домогательственныхъ идей посредствомъ единовременной уплаты пострадавшему вознагражденія, другой

еще продолжаетъ видѣть въ ней болѣзнь sui generis, своеобразную въ своемъ возникновеніи и теченіи, третій въ каждомъ, кто высказываетъ жалобы и не обнаруживаетъ объективныхъ основаній для нихъ, видитъ симулянта и обманщика, четвертый, наконецъ, не заботится о какомъ либо особомъ представленіи этой болѣзни, и считаетъ, что болѣзнь имѣется на лицо, если при неясныхъ, не покрываемыхъ объективнымъ изслѣдованіемъ жалобахъ, находитъ у больного какія либо явленія, которыя обычно считаются „нервозными"".

Такимъ образомъ Sachs употребляетъ терминъ „травматическихъ неврозовъ" только во множественномъ числѣ, какъ синонимъ Unfallsneurose, для всѣхъ вообще неврозовъ вслѣдъ за несчастными случаями. Но въ дальнѣйшемъ онъ опредѣляетъ неврозы вслѣдъ за несчастными случаями, какъ „психогенныя картины болѣзни, къ которымъ принадлежатъ тѣ, которыя относятся авторами къ области собственно „травматическихъ неврозовъ". Въ этой общей области „травматическихъ неврозовъ" онъ далѣе различаетъ двѣ отдѣльныя группы болѣзней. Основаніемъ дѣленія служитъ тотъ признакъ, ясна ли сразу, на первый взглядъ связь между причиной — несчастнымъ случаемъ и болѣзнью, или же она неясна, т. е. нѣтъ соотвѣтствія между силой и свойствами несчастнаго случая и интенсивностью заболѣванія послѣ него. Къ первой группѣ съ ясной связью онъ причисляетъ Schreckneuros'ы Kraepelin'а, и неврозы послѣ пораженія молніей и другихъ тяжелыхъ электрическихъ разрядовъ. Ко второй—всѣ остальные неврозы вслѣдъ за несчастными случаями. Такимъ образомъ ясно, что Sachs въ общей массѣ „травматическихъ неврозовъ" признаетъ и совершенно особую форму травматическаго невроза, „неврозъ отъ испуга", или „травматическій неврозъ" s. strictiori.

Резюмируя все вышеперечисленное, въ ученіи о неврозахъ вслѣдствіе несчастныхъ случаевъ можно отмѣтить 4 теченія или правильнѣй только 3, такъ какъ первое изъ

нихъ только намѣтилось было въ самомъ началѣ, послѣ выхода работы Strümpell'я и Oppenheim'a, у практическихъ врачей, но не встрѣтило поддержки, а наоборотъ жестокую критику научныхъ врачей и уже въ 1890 году сошло со сцены. Это было воззрѣніе на травматическій неврозъ, какъ на особую, совершенно опредѣленную, притомъ единственную, всегда одинаковую форму невроза вслѣдствіе несчастнаго случая. Остальныя 3 теченія могутъ быть прослѣжены въ научной невропатологіи отъ 90-хъ годовъ до самаго послѣдняго времени. Два изъ нихъ стоятъ за сохраненіе названія „травматическаго невроза," отличаясь другъ отъ друга только тѣмъ, что одно признаетъ „травматическіе неврозы" въ широкомъ смыслѣ этого слова, какъ синонимъ всѣхъ возможныхъ неврозовъ вслѣдствіе травмъ, другое склонно допускать названіе „травматическаго невроза" лишь въ узкомъ смыслѣ слова, только по отношенію къ одной опредѣленной формѣ неврозовъ послѣ травмы, именно смѣшанной формѣ ихъ. Послѣднее—третье теченіе стоитъ за то, что названіе „травматическаго невроза" или „травматическихъ неврозовъ" является совершенно лишнимъ, и предлагаетъ не употреблять его вовсе, а говорить лишь объ отдѣльныхъ формахъ неврозовъ послѣ травмъ „Unfallneuros'овъ", неврастеніи, истеріи, ипохондріи, меланхоліи или о смѣшанной формѣ всѣхъ ихъ.

Такимъ образомъ всѣ три теченія при всѣхъ различіяхъ имѣютъ между собою и кой-что общее. Всѣ они согласны, что послѣ травмы получаются разнообразныя формы общихъ неврозовъ, а не одна всегда одинаковая форма и, съ другой стороны, всѣ признаютъ, что кромѣ обычныхъ формъ общихъ неврозовъ несчастный случай можетъ вызвать и особую форму ихъ, которая своеобразно совмѣщаетъ въ себѣ черты сразу нѣсколькихъ изъ нихъ.

Въ виду этого намъ кажется, что изо всѣхъ трехъ воззрѣній на терминъ „травматическаго невроза" всего точнѣй выражаетъ суть дѣла то, которое признаетъ это названіе, но употребляетъ его только въ узкомъ смыслѣ слова,

Въ самомъ дѣлѣ, если даже допустить, что вообще всѣ неврозы вслѣдствіе несчастныхъ случаевъ не являются специфическими, совершенно отличными отъ неврозовъ нетравматическаго происхожденія, то смѣшанная форма ихъ, „травматическій неврозъ въ строгомъ смыслѣ слова", Kraepelin'овскій „неврозъ отъ испуга", который признаютъ всѣ авторы, всетаки настолько своеобразенъ, что его вполнѣ законно отмѣтить особымъ названіемъ. Какъ же мы будемъ называть его—травматическимъ ли неврозомъ, согласно первымъ двумъ группамъ авторовъ, или просто будемъ говорить о смѣшанной формѣ различныхъ неврозовъ вслѣдствіе несчастныхъ случаевъ—представляетъ лишь вопросъ практическаго удобства. Въ общемъ же все говоритъ скорѣй за законность термина „травматическій неврозъ", чѣмъ противъ него. Слѣдуетъ только условиться, что, когда говорится о „травматическихъ неврозахъ" безъ оговорокъ, разумѣются всѣ вообще „неврозы вслѣдствіе несчастныхъ случаевъ". Когда же рѣчь идетъ о смѣшанной формѣ неврозовъ вслѣдствіе несчастныхъ случаевъ, удобнѣй употреблять терминъ „травматическій неврозъ въ строгомъ смыслѣ", „травматическій неврозъ sensu strictiori", „неврозъ отъ испуга" и т. п.

ГЛАВА III.

Этіологія неврозовъ вслѣдствіе несчастныхъ случаевъ.

Въ вопросѣ о терминологіи, а слѣдов. и классификаціи различныхъ неврозовъ вслѣдствіе несчастныхъ случаевъ въ современной невропатологіи, какъ и констатировалъ проф. Носhе въ 1907 году, уже существуетъ сравнительное единеніе всѣхъ ученыхъ. Что же касается этіологіи ихъ, то и этотъ вопросъ въ общемъ совершенно опредѣленно рѣшенъ научными авторитетами Германіи какъ для всей обширной группы этихъ неврозовъ, такъ и для отдѣльныхъ частей ея. Но на практикѣ въ этой области встрѣчается еще больше можетъ быть недоразумѣній, чѣмъ въ терминологіи. Объясняется это повидимому значительными затрудненіями для научнаго изученія этого вопроса. Въ самомъ дѣлѣ, если мы вспомнимъ обычную научную методику изученія этіологіи какихъ либо заболѣваній, то увидимъ, что изученіе причинъ неврозовъ вслѣдствіе несчастныхъ случаевъ должно встрѣчать значительныя трудности.

Въ самомъ дѣлѣ во многихъ страданіяхъ, напр. послѣ травмъ: вывихѣ, переломѣ кости отъ удара, ушиба, при перерѣзкѣ мышцъ, нервныхъ стволовъ какимъ-либо рѣжущимъ орудіемъ и т. п.,—причинная зависимость между этой травмой и заболѣваніемъ послѣ нея настолько наглядна, что нельзя сомнѣваться въ ней. Даже въ тѣхъ случаяхъ, когда поврежденія не ограничиваются только наружными частями тѣла, напр. поврежденія внутреннихъ органовъ, проникающія раны позвоночника, черепа и т.

п., причинная связь получившихся разстройствъ съ травматическимъ поврежденіемъ можетъ не возбуждать сомнѣній, если на вскрытіи будутъ найдены тѣ анатомическія измѣненія внутреннихъ органовъ или нервной системы, которыя по научнымъ даннымъ могутъ быть поставлены въ причинную связь съ наблюдавшимися у больного при жизни явленіями.

Но такихъ ясныхъ случаевъ мало. Въ большинствѣ болѣзней, даже органическихъ, безразлично и нервныхъ и внутреннихъ, связь между допускаемой причиной и болѣзнью не такъ наглядна. Анатомическія картины въ такихъ случаяхъ могутъ указывать и мѣсто и характеръ заболѣванія, могутъ дать намъ нѣкоторыя указанія и на то, какія измѣненія функціи даннаго органа должны были наблюдаться при жизни больного, но причины всей болѣзни могутъ и не указать такъ неопровержимо, какъ въ случаяхъ травматическихъ поврежденій. И это тѣмъ болѣе, что въ случаяхъ нетравматическихъ приходится имѣть дѣло не съ одной причиной, раненіемъ, несомнѣнно могущимъ вызвать данное заболѣваніе, но съ нѣсколькими, иногда весьма многими болѣзнетворными факторами, изъ которыхъ каждый въ отдѣльности, а можетъ быть и всѣ они вмѣстѣ могли бы служить причиной даннаго заболѣванія. Поэтому въ большинствѣ болѣзней приходится устанавливать причинную связь между анатомическими измѣненіями и предполагаемыми причинами ихъ строго научно, отбрасывать всѣ факторы, не имѣющіе существеннаго значенія для возникновенія даннаго заболѣванія и разыскивать тѣ, которые несомнѣнно могутъ вызвать данную анатомическую картину. Такимъ образомъ выдѣлены были возбудители большинства заразныхъ болѣзней въ чистомъ видѣ, дѣйствіе ихъ провѣрено научнымъ экспериментомъ на животныхъ съ послѣдующимъ изученіемъ получившейся у нихъ анатомическихъ измѣненій и строго научно доказана причинная зависимость этихъ болѣзней отъ инфекціи.

Но неврозы потому и называются неврозами, что при нихъ не наблюдается въ нервной системѣ анатомическихъ

измѣненій. Изученіе причинъ ихъ слѣд. не можетъ опереться на анатомію и черезъ анатомію искать среди массы предполагаемыхъ причинъ истинную причину заболѣванія. Клиника, безъ посредственныхъ опорныхъ пунктовъ, даваемыхъ анатоміей, примыкаетъ къ вызывающему болѣзнь несчастному случаю. Положеніе дѣла еще осложняется тѣмъ, что мы не можемъ въ области неврозовъ, не только заболѣваній безъ анатомической подкладки, но и содержащихъ въ своемъ симптомокомплексѣ значительное число разстройствъ психической сферы, прибѣгнуть къ эксперименту на животныхъ, а слѣд. не можемъ искусственно выдѣлить того истиннаго возбудителя болѣзни, который могъ бы намъ уяснить причину ея, какъ въ бактеріологіи, не можемъ и провѣрить вѣрность нашего пониманія на животномъ.

И если такія трудности встрѣчаются вообще при изученіи этіологіи функціональныхъ нервныхъ разстройствъ, то особенно затруднителенъ этотъ вопросъ на практикѣ, когда дѣло идетъ о вызванныхъ несчастнымъ случаемъ неврозахъ. Здѣсь вопросъ объ этіологіи имѣетъ не только общемедицинское значеніе, но и судебно-медицинское. При обсужденіи причинъ даннаго невроза мы не можемъ довольствоваться одними возможными причинами. Для экспертизы важно вполнѣ точно доказать, что данная причина, а не какая-либо иная, вызвала болѣзнь и что слѣд. связь между причиной—несчастнымъ случаемъ и его послѣдствіемъ—болѣзнью именно не только связь послѣдовательности, но на самомъ дѣлѣ строго причинная. Такимъ образомъ изо всѣхъ методовъ изученія болѣзней—патолого-анатомическаго, экспериментальнаго и клиническаго—изслѣдователямъ неврозовъ послѣ несчастныхъ случаевъ приходится ограничиваться однимъ послѣднимъ, наименѣе точнымъ изъ всѣхъ. Клиническое наблюденіе при изученіи неврозовъ послѣ несч. сл. одно должно добыть все то, что для другихъ болѣзней съ трудомъ устанавливается провѣркой клиническаго наблюденія экспериментомъ и секціей. Уже отсюда ясна вся шаткость почвы для строго научной работы. Всѣмъ извѣстенъ примѣръ того, какъ

голое клиническое наблюденіе, безъ поддержки патологической анатоміи и эксперимента на животныхъ, не разъ принимало совершенно второстепенный фактъ за главную причину болѣзни, напр. когда предвзято искало причину заразныхъ болѣзней въ „простудѣ“ только потому, что эта причина въ нѣкоторыхъ случаяхъ первая бросалась въ глаза. Такія же предвзятыя мнѣнія встрѣчаемъ мы и въ ученіи объ этіологіи неврозовъ вслѣд. несч. случ. Ихъ вѣдь долго связывали съ желѣзнодорожными катастрофами, какъ слѣдствіе съ причиной, упорно закрывая глаза на тѣ случаи, которые возникали независимо отъ желѣзнодорожныхъ несчастій. Когда позднѣе на сцену выступили все учащавшіеся неврозы послѣ несчастныхъ случаевъ промышленности, ученіе о желѣзнодорожномъ происхожденіи этихъ заболѣваній пало само собой. Но, эмансипировавшись отъ одного предвзятаго взгляда, не впало ли это ученіе въ другую крайность, выступивъ съ названіемъ „рентовыхъ“ болѣзней для неврозовъ послѣ несчастныхъ случаевъ, между тѣмъ какъ имѣется много несомнѣнныхъ примѣровъ, гдѣ и рѣчи не могло быть о какомъ-либо вознагражденіи рентой, а неврозъ тѣмъ не менѣе былъ выраженъ въ рѣзкой степени?

Какъ бы то не было ясно что вопросъ объ этіологіи неврозовъ вслѣдствіе несчастныхъ случаевъ—очень сложный. Само понятіе „несчастнаго случая“ въ этіологическомъ отношеніи понятіе крайне сложное. При несчастномъ случаѣ напр. могутъ быть и могутъ отсутствовать совершенно поврежденія отдѣльныхъ частей тѣла; несчастный случай можетъ сопровождаться сотрясеніемъ тѣла, въ другомъ случаѣ сотрясеніемъ лишь одной части его, въ 3-емъ всякое сотрясеніе можетъ отсутствовать и т. д. и т. д. Въ одномъ случаѣ можетъ быть душевное потрясеніе, въ другомъ больной можетъ оставаться почти совершенно спокойнымъ въ моментъ травмы и упасть въ обморокъ, какъ это часто наблюдается, спустя нѣсколько времени, когда самая опасность уже миновала. Затѣмъ на

неврозъ могутъ оказывать свое вліяніе кромѣ первичной травмы въ моментъ несчастнаго случая и другіе факторы, лишь косвенно зависящіе отъ нея и не связанные необходимо съ самимъ несчастнымъ случаемъ, напр. если заболѣваніе, возникшее послѣ несчастнаго случая, вызвало перемѣну въ жизненныхъ условіяхъ больного, и эти условія, какъ часто наблюдается, оказываются крайне гибельными для больного. Очевидно, что тѣ факторы, которые могутъ быть поставлены въ этіологическую связь съ неврозомъ послѣ несчастнаго случая, представляются крайне пестрыми, неоднородными. Какой изъ нихъ является истиннымъ возбудителемъ невроза? Это трудно сказать даже въ каждомъ отдѣльномъ конкретномъ случаѣ, тѣмъ болѣе по отношенію ко всей массѣ неврозовъ вслѣд. несч. сл.

Чтобы избѣжать всякихъ одностороннихъ гипотезъ, всего правильнѣй было бы воспользоваться наблюденіемъ „чистыхъ случаевъ", т. е. съ одной стороны такихъ, гдѣ мы имѣемъ дѣло лишь съ однимъ какимъ-либо этіологическимъ факторомъ, а всѣ прочіе отсутствуютъ, съ другой же стороны такихъ, гдѣ этого фактора нѣтъ, а всѣ прочіе на лицо. Но, чтобы разыскать такіе „чистые" случаи, необходимо изучать всякій случай „травматическаго невроза" самымъ полнымъ, исчерпывающимъ образомъ и притомъ не только со стороны симптоматологіи, но и въ этіологическомъ отношеніи. Между тѣмъ это требованіе едва ли выполнимо при той массѣ заболѣваній—и нервныхъ, и хирургическихъ и внутреннихъ, которыя вообще слѣдуютъ за несчастными случаями. А если вспомнить, что въ Германіи не существуетъ даже статистики самихъ травматическихъ неврозовъ*), то приходится думать, что едва ли можно выяснить настоящую этіологію этого заболѣванія, по крайней мѣрѣ при настоящихъ условіяхъ германской дѣйствительности, путемъ детальнаго изученія всей большой массы неврозовъ послѣ несчастныхъ случаевъ.

*) См. проф. Hoche „Notwendige Reformen der Unfallversicherungs gesetze" Halle a. S. 1907, стр 6.

Но можетъ быть для выясненія этого вопроса можно не особенно заботиться о количествѣ случаевъ, сколько о качествѣ ихъ, о тщательности и подробности изученія всѣхъ деталей этіологіи? Можетъ быть достаточно сравнительно небольшого числа случаевъ, но со строго провѣренными анамнестическими данными, чтобы изъ общаго числа этіологическихъ моментовъ выдѣлить тѣ, которые постоянно присутствуютъ въ каждомъ данномъ несчастномъ случаѣ и вызываютъ слѣдующій за нимъ неврозъ, а потому могутъ считаться болѣе вѣроятными, можетъ быть даже и истинными причинами этихъ все еще довольно загадочныхъ заболѣваній? Изученіе „травматическихъ неврозовъ" въ Германіи, какъ разъ и шло указаннымъ путемъ и пришло благодаря ему къ тому опредѣленному выводу, о которомъ мы говорили выше. Но это была очень трудная задача. Для этого изслѣдователю мало было быть хорошимъ клиницистомъ, мало было только хорошо наблюдать больного, но необходимо было имѣть въ своемъ распоряженіи самыя точныя свѣдѣнія относительно всѣхъ этіологическихъ моментовъ, которые могли предшествовать заболѣванію неврозомъ у даннаго больного. И здѣсь существеннымъ препятствіемъ научному изученію этого вопроса являлся тотъ фактъ, что обычно обстоятельства, при которыхъ произошла травма, регистрировались въ Германіи не врачами, а органами фабричнаго надзора. Между тѣмъ со времени введенія обязательнаго страхованія рабочихъ отъ несчастныхъ случаевъ, которое узаконяло вознагражденіе за каждый несчастный случай (если только не было грубой неосторожности пострадавшаго), для регистрировавшихъ несчастные случаи инстанцій не было уже болѣе прямой необходимости, какъ прежде, входить въ разсмотрѣніе всѣхъ обстоятельствъ, сопровождавшихъ несчастный случай. А затѣмъ стало совершенно излишне отмѣчать подробности объ условіяхъ несчастнаго случая, когда появились спеціальныя лѣчебницы для долѣчиванія увѣчныхъ. Больные пересылались туда не столько, вѣдь, для научныхъ цѣлей, сколько для рѣшенія практическихъ

вопросовъ о симуляціи, степени потери трудоспособности и т. п. Потому и пересылались въ лѣчебницу свѣдѣнія только практически необходимыя ей для осуществленія ею своихъ прямыхъ практическихъ задачъ.

Schuster еще въ 1899 году жаловался, что въ актахъ, пересылаемыхъ врачамъ, не встрѣчается даже указаній на то, было ли у больного безсознательное состояніе послѣ травмы. А 8 лѣтъ спустя мы находимъ уже указанія, что иногда въ такія лѣчебницы не сообщается вообще никакихъ предварительныхъ свѣдѣній. Именно Ed. Schwartz (1908) сообщаетъ объ одномъ такомъ примѣрѣ, гдѣ въ лѣчебницу для нервно-больныхъ женщинъ не присылается даже свѣдѣній о томъ, направляется ли данная больная просто для поправленія здоровья или же является претенденткой на ренту (инвалидную) и слѣд. присылается для установленія потери работоспособности. Нельзя, кстати, не отмѣтить того обстоятельства, что Schwartz, въ отличіе отъ Schuster'а, не только не видитъ въ такой скудости предварительныхъ свѣдѣній ничего нежелательнаго, но наоборотъ полагаетъ даже, что такой порядокъ почти необходимъ, такъ какъ „наблюденіе больныхъ самимъ врачемъ благодаря этому было болѣе объективно и безпристрастно"! Къ счастью и для больныхъ и для правильности самой экспертизы, мнѣніе Schwartz'а остается одинокимъ. Большинство другихъ авторовъ вмѣстѣ съ Schuster'омъ ищутъ безпристрастія экспертизы какъ разъ въ полнотѣ анамнестическихъ свѣдѣній. Врачи, работающіе не въ такихъ спеціальныхъ лѣчебницахъ, конечно, могутъ получать таковыя свѣдѣнія, помимо органовъ промышленныхъ товариществъ, отъ самого больного, окружавшихъ его въ моментъ несчастнаго случая лицъ, отъ родныхъ его и т. д. Но здѣсь возникаютъ новыя трудности для объективированія полученныхъ свѣдѣній. Если сообщаетъ самъ больной, являлось сомнѣніе, вѣрить ли ему, такъ какъ вѣдь онъ ищетъ ренты за свое увѣчье и весьма возможно, что постарается смягчить всѣ прежніе, до несчастнаго случая,

болѣзнетворные моменты и сгустить краски, описывая послѣдній. Показанія родственниковъ больного о состояніи здоровья его до несчастнаго случая тоже требовали очень критическаго къ себѣ отношенія. Такимъ образомъ, строго говоря, на взглядъ практиковъ объективными данными относительно этіологіи клиницистъ могъ располагать только въ случаяхъ неврозовъ у не застрахованныхъ. Но такихъ случаевъ при колоссальномъ развитіи обязательнаго страхованія отъ несчастныхъ случаевъ и распространеніи его не только на однихъ рабочихъ, было мало, и потому всегда противъ нихъ могло быть выдвинуто возраженіе, что единичные случаи ничего не доказываютъ.

Правда многіе клиницисты съ крупными научными именами брали въ свое завѣдываніе лѣчебницы для увѣчныхъ и пытались на матерьялѣ ихъ рѣшать различные научные вопросы, въ томъ числѣ и вопросъ объ этіологіи „травматическихъ неврозовъ", но при условіяхъ работы въ такихъ лѣчебницахъ изученіе этого вопроса требовало отъ врача прежде всего колоссальной объективности, такъ какъ именно судебно-медицинскія цѣли такихъ лѣчебницъ, какъ мы видѣли, крайне затрудняютъ правильную научную работу въ нихъ. Если даже не считать, что такіе случаи, какъ описываемые Schuster'омъ и Ed. Schwartz'емъ, являются правиломъ для всѣхъ лѣчебницъ (хотя они крайне характерны для всей постановки Unfallmedizin въ Германіи), все-таки вѣдь пострадавшій посылается въ такія лѣчебницы не столько какъ обыкновенный больной, сколько какъ субъектъ, домогающійся ренты въ видѣ вознагражденія за свою болѣзнь. Всѣ наблюдатели такихъ лѣчебницъ отмѣчаютъ, что увѣчный вступаетъ въ такую лѣчебницу въ нѣсколько враждебномъ ей настроеніи, отчасти смотря на себя, какъ на сторону, борющуюся за ренту противъ всей организаціи лѣчебницы, имѣющей, по его мнѣнію, лишь одну цѣль: урѣзать насколько возможно его ренту. Отсюда и вульгарное названіе такихъ лѣчебницъ—„рентовыжиматель", „Rentenquetscher". Если же вспомнить замѣ-

чаніе Bruns'а еще въ 1896 году, что вообще при неврозахъ, въ томъ числѣ и неврозахъ вслѣдствіе несчастныхъ случаевъ, всѣ жалобы больного носятъ крайне утомительный для врача характеръ однообразныхъ, мелочныхъ и безконечныхъ, чисто субъективныхъ переживаній, и что врачъ невольно, „по-человѣчески"(!) склоненъ перелагать отвѣтственность за его жалобы на самого больного и судить объ немъ ab irato, а съ другой стороны, если принять во вниманіе показаніе лица, не стоящаго близко къ лѣчебницамъ для увѣчныхъ, именно проф. Hoche (1907), что вообще у большинства врачей, которымъ приходится имѣть много дѣла съ травматическими невротиками, существуетъ при этомъ ощущеніе „очень умѣренной радости или удовлетворенія, даже прямо нерасположенія къ соприкосновенію съ нервнобольными вслѣдствіе несчастныхъ случаевъ", то ясно, что, какъ мы уже сказали выше, обстановка лѣчебницъ для нервно-больныхъ, почти исключительно невротиковъ послѣ увѣчій, создаетъ и для строго научнаго клинициста атмосферу, мало способствующую научной объективности наблюденія и особ. безпристрастному рѣшенію вопроса о причинахъ неврозовъ вслѣдствіе несчастныхъ случаевъ.

Но каковы бы ни были научные выводы клиницистовъ, все равно работающихъ ли внѣ спеціальныхъ лѣчебницъ для увѣчныхъ, или, несмотря на работу въ нихъ, сохраняющихъ необходимую въ такомъ важномъ вопросѣ объективность, все-таки они прежде, чѣмъ войти въ жизнь, должны встрѣтить болѣе или менѣе единогласное признаніе со стороны всѣхъ чисто практическихъ врачей. На самомъ же дѣлѣ, наоборотъ, научнымъ врачамъ, представителямъ чистой науки приходится все время бороться съ противоположными теченіями среди практическихъ врачей, теченіями, часто носящими крайне субъективный характеръ. Обнаруживаются такимъ образомъ крайне рѣзкія различія, разногласія въ оцѣнкѣ наблюдаемыхъ болѣзней, доходящія до того, что по поводу одного и того же вопроса нерѣдко можно встрѣтить мнѣнія, различающіяся другъ

отъ друга, по выраженію Seeligmüller'a (1893), такъ же сильно, какъ черныя и бѣлыя поля шахматной доски. Таковы напр. мнѣнія о частотѣ симуляціи при травматическомъ неврозѣ. Одни утверждаютъ, что симуляціи никогда не бываетъ, другіе, наоборотъ, совѣтуютъ каждаго пострадавшаго отъ несчастнаго случая, для большей вѣрности, прежде всего разсматривать не какъ больного, а какъ симулянта.

Какъ бы то ни было, въ виду такихъ трудностей изученія вопроса объ этіологіи неврозовъ послѣ несч. сл. требуется большая осторожность, чтобы изъ общей массы различныхъ предполагаемыхъ разными нѣмецкими авторами причинъ этихъ неврозовъ, извлечь здоровое ядро—истинную причину. Между тѣмъ, не зная ея, невозможно говорить не только о патогенезѣ, но и о сущности, слѣд., и о прогнозѣ, лѣченіи болѣзни. Самая профилактика неврозовъ вслѣдствіе несчастныхъ случаевъ, борьба съ ними, какъ общественнымъ явленіемъ, вызываемымъ все растущимъ развитіемъ промышленности, та борьба, о которой говорятъ не только въ Германіи, но начинаютъ, въ виду проекта обязательнаго страхованія отъ несчастныхъ случаевъ, говорить и въ Россіи, не можетъ быть поставлена правильнымъ образомъ, если неясны основныя причины этихъ болѣзней или, если онѣ ищутся не тамъ, гдѣ слѣдуетъ. Въ виду всего этого мы считаемъ умѣстнымъ нѣсколько подробнѣй, чѣмъ можетъ быть это требуютъ рамки нашей работы, остановиться на систематическомъ пересмотрѣ мнѣній нѣмецкихъ ученыхъ по вопросу объ этіологіи неврозовъ вслѣдствіе несчастныхъ случаевъ.

Критическій обзоръ ученій объ этіологіи неврозовъ вслѣдствіе несчастныхъ случаевъ.

Въ 80-хъ годахъ, когда создавалось ученіе о „травматическомъ неврозѣ“, этіологія его казалось совершенно ясной. Причиной его является не что иное, какъ травма-

тическое поврежденіе въ моментъ несчастнаго случая. Это пониманіе связи между травмой и возникающимъ послѣ нея неврозомъ и было закрѣплено наименованіемъ этого невроза „травматическимъ“, какъ еще до того Charcot называлъ истерію „травматической“, а позднѣе появилось названіе „травматической“ же неврастеніи. Но съ теченіемъ времени мало по малу возникали сомнѣнія, можно ли понимать связь между травмой и неврозомъ послѣ нея, какъ связь причинную, какъ не просто „post hoc“, но и „propter hoc“. Эти сомнѣнія питались главнымъ образомъ тѣмъ обстоятельствомъ, что вѣдь не всегда послѣ травматическихъ поврежденій получается съ роковой необходимостью травматическій неврозъ. Наоборотъ, весьма часто даже значительныя поврежденія не влекутъ за собой послѣдствій со стороны нервной системы. Именно давно уже отмѣчено было—еще Erichsen'омъ—что во время желѣзнодорожныхъ катастрофъ заболѣваютъ далеко не всѣ, ѣхавшіе въ поѣздѣ и потерпѣвшіе травматическія поврежденія вмѣстѣ съ нимъ во время крушенія. Это наблюденіе подтверждалось и позднѣй. Sänger напр. приводилъ (въ 1896 г.) наблюденія двухъ партій солдатъ: послѣ желѣзнодорожной катастрофы въ одной партіи изъ 13 человѣкъ только 6 обнаружило нервныя явленія, въ другой партіи изъ 15 человѣкъ и того меньше, именно только одинъ солдатъ, хотя всѣ 28 получили тяжелыя тѣлесныя поврежденія. Einstein привелъ результаты своихъ наблюденій, именно больше чѣмъ 500 больныхъ, потерпѣвшихъ разнообразныя, въ томъ числѣ и желѣзнодорожныя поврежденія. Нервными явленіями страдали только 7 человѣкъ на 1000.

Самая статистика несчастныхъ случаевъ и ихъ послѣдствій въ Германіи показываетъ, что факты, наблюдавшіеся указанными авторами, не представляютъ исключенія. Въ самомъ дѣлѣ въ отдѣльные годы число несчастныхъ случаевъ и число заболѣваній послѣ нихъ, вознаграждавшихся по закону объ обязательномъ страхованіи, представляетъ колебанія, но въ общемъ держится на одной высотѣ. Такъ

напр. у торгово-промышленныхъ служащихъ, самаго многочисленнаго круга застрахованныхъ, число вознагражденныхъ случаевъ никогда не превышало одной шестой ($^1/_6$) общаго числа всѣхъ несчастныхъ случаевъ. Только $^1/_6$ или 17 на сто несчастныхъ случаевъ оканчивалось заболѣваніемъ. Въ остальныхъ $^5/_6$ несчастныхъ случаевъ травматическія поврежденія не оставляли никакихъ болѣзненныхъ разстройствъ. Но вѣдь и изъ этихъ 17 на 100 не всѣ, а только очень небольшая часть могутъ быть отнесены къ страдающимъ болѣзнями нервной системы. Сколько именно, мы, къ сожалѣнію, не можемъ рѣшить съ опредѣленностью за неимѣніемъ соотвѣтственной статистики нервныхъ послѣдствій травмъ. Относительно числа травматическихъ неврозовъ имѣется тоже лишь очень небольшая статистика ихъ, принадлежащая Meyerfeldt'у (1907).Она показываетъ, что среди всякаго рода нервныхъ заболѣваній послѣ травмъ было всего 3 % неврозовъ. Такимъ образомъ мы не знаемъ, какой % несчастныхъ случаевъ оканчивается вообще нервными заболѣваніями, но если мы примемъ завѣдомо чрезмѣрно увеличенную цифру, именно допустимъ, что всѣ 17% заболѣвающихъ послѣ травматическихъ поврежденій страдаютъ исключительно нервными болѣзнями, то окажется, что, если примѣняться къ цифрамъ Meyerfeldt'a, травматическими неврозами будетъ страдать только 3% этихъ 17 на сто потерпѣвшихъ т. е. около полупроцента всего числа пострадавшихъ отъ несчастныхъ случаевъ. Всѣ же прочіе 99,5% почему то избѣжали этого заболѣванія, хотя точно также перенесли травматическое поврежденіе. А между тѣмъ, еслибы даже не 99,5%, а половина всѣхъ перенесшихъ травму въ моментъ несчастнаго случая не заболѣвали бы травматическимъ неврозомъ, это уже давало бы основаніе подумать, въ правѣ ли мы травматическія поврежденія считать единственнымъ возбудителемъ болѣзни? Такое крайнее несоотвѣтствіе между предполагаемой причиной — травматическимъ поврежденіемъ и ея слѣдствіемъ—травматическимъ неврозомъ, бросается въ глаза не

только при обсужденіи широкихъ статистическихъ данныхъ, но и при наблюденіи отдѣльныхъ случаевъ этой болѣзни. Здѣсь нерѣдко врачу—эксперту приходится констатировать, что въ одномъ случаѣ тяжелое травматическое поврежденіе обходится благополучно безъ невроза, въ другомъ и менѣе тяжелое влечетъ за собою тяжелый неврозъ.

Въ тѣ времена, когда еще существовалъ Railway-spine, такое несоотвѣтствіе объяснялось тѣмъ, что не всякая травма можетъ вызвать эту болѣзнь, а только травматическое поврежденіе спинного мозга, именно травмы спины. Но и это объясненіе было недостаточно для тѣхъ случаевъ, когда, несмотря на травмы именно въ области спины, не получалось всетаки заболѣванія неврозомъ. Попытка Rigler'а (1879) объяснять такіе случаи тѣмъ, что травматическія поврежденія спины могутъ только тогда вызвать Railway-spine, если потерпѣвшій въ моментъ крушенія поѣзда сидѣлъ спиной къ локомотиву, не встрѣтила поддержки, тѣмъ болѣе, что и самое ученіе о травмахъ области спины, какъ причинѣ Railway-spine, вскорѣ уже исчезло безслѣдно, когда центръ тяжести всего заболѣванія перестали относить къ одному спинному мозгу, а искали его уже главнымъ образомъ въ головномъ мозгу. Ученіе о Railway-brain (см. выше стр. 34), наоборотъ, выдвинуло на первый планъ вопросъ, не вызываются ли травматическіе неврозы травмой не спины, а головы. Гипотеза, возникшая въ то время, именно, что травмы головы являются единственной причиной Railway-brain, послѣ исчезновенія этой болѣзни изъ невропатологіи всецѣло была примѣнена и къ „травматическимъ неврозамъ" и въ этомъ видѣ она кажется нѣкоторымъ авторамъ еще и въ настоящее время вполнѣ пріемлемой. Такъ напр. въ 1908 году Ed. Schwartz въ своей вышеупомянутой работѣ упоминаетъ эту гипотезу. „Merzbach", говоритъ онъ, „доказалъ статистическими изслѣдованіями, что даже самыя тяжелыя травмы не влекутъ за собою травматическаго невроза, если онѣ касаются всего тѣла, и что наоборотъ поврежденія головы наичаще сопровождаются травматиче-

скимъ неврозомъ". Schwartz не только принимаетъ эту гипотезу за доказанную, но пользуется ею для того, чтобы выдвинуть и обосновать защищаемую имъ другую гипотезу, именно о вліяніи застрахованности потерпѣвшаго на возникновеніе у него „травматическаго невроза". Онъ приводитъ наблюденія разныхъ авторовъ и свои собственныя, что иногда травмы головы не оканчиваются „травматическимъ неврозомъ", но вѣрный своей гипотезѣ, что травмы головы должны неминуемо вызывать травматическій неврозъ, отвергаетъ мысль, что можетъ быть этими фактами какъ разъ доказывается невѣрность самой этой гипотезы. Наоборотъ, онъ ищетъ объясненія этому противорѣчію своей гипотезѣ въ другой новой и высказываетъ, что получившіе травму головы, „которые иногда быстро выздоравливаютъ несмотря на тяжелый характеръ этой травмы", не получаютъ травматическаго невроза, но становятся и остаются работоспособными, „если они не застрахованы". Насколько вѣрно то, что травматическіе неврозы вызываются застрахованностью потерпѣвшихъ, намъ придется разбирать позднѣе. Пока же необходимо отмѣтить изо всей аргументаціи Schwartz'а, что даже онъ самъ, сторонникъ гипотезы: „травмы головы являются причиной травматическаго невроза", признаетъ несомнѣнность случаевъ, когда эта травма головы не сопровождается травматическимъ неврозомъ. И для объясненія этого противорѣчія гипотезы Schwartz'а наблюденіямъ его же самого нѣтъ необходимости строить новыя и новыя предположенія. Достаточно только обратиться къ литературѣ вопроса. Тамъ еще въ 1899 году Sachs подвергъ строгой критикѣ ученіе о травмахъ головы, какъ причинѣ травматическаго невроза, и пришелъ къ выводу, что это ученіе отчасти основывается на недоразумѣніи, именно на ошибочномъ діагнозѣ травматическаго невроза тамъ, гдѣ о немъ не можетъ быть и рѣчи. Травмы головы, совершенно вѣрно, вызываютъ разстройства нервной системы, но эти заболѣванія представляютъ совершенно отличную отъ травматическаго невроза картину, которую, правда, часто трудно, но всегда необходимо диффе-

ренцировать отъ настоящаго травматическаго невроза. Эти разстройства могутъ наступать и тогда, когда не было особенно тяжелаго поврежденія головы. Для нихъ не требуется, непремѣнно наружныхъ слѣдовъ поврежденія или того, чтобы больной перенесъ въ моментъ травмы сотрясеніе мозга. Нерѣдко явленія обнаруживаются только спустя нѣсколько недѣль послѣ травмы. Въ больницѣ во время лѣченія наружныхъ ранъ, если онѣ были, можетъ не обнаруживаться никакихъ симптомовъ страданія и только по прекращеніи лѣченія, особенно послѣ возвращенія къ прежней работѣ, появляются болѣзненныя явленія, которыя служатъ выраженіемъ состоянія раздраженія внутри черепа, вызываемаго несомнѣнно органическими измѣненіями. И вотъ эти то состоянія раздраженія послѣ раненій головы часто толкуются, какъ не анатомическія, а функціональныя и ошибочно діагностицируются, какъ „травматическіе неврозы“. Изъ большой частоты такихъ органическихъ послѣдствій поврежденія черепа и происходитъ мнѣніе нѣкоторыхъ экспертовъ, что именно поврежденія головы способны вызывать травматическіе неврозы.

На такой же точкѣ зрѣнія стоялъ въ 1906 году и Gaupp. Въ 1909 году Sachs въ своей работѣ о „Unfallneuros'ахъ“ снова подтверждаетъ свое прежнее мнѣніе, что гипотеза о необходимости травмы черепа для возникновенія травматическаго невроза не оправдывается на дѣлѣ, и даже основана на указанномъ выше недоразумѣніи. Травмы головы только потому принимаются за главную причину травматическаго невроза, что часто послѣ раненій головы появляются изолированные нервные симптомы, именно явленія повышенной нервной раздражительности. И эти явленія обычно приписываются „травматическому неврозу“, что́ совершенно невѣрно. Отсюда и создается прискорбное недоразумѣніе, что травмы черепа считаются причиной травматическаго невроза. Это разъясненіе Sachs'а не мѣшаетъ подчеркнуть вообще для экспертовъ—неспеціалистовъ, такъ какъ нерѣдко приходится встрѣчать не только ошибочное пред-

ставленіе, что причиной травматическаго невроза является травма головы, но даже случается слышать, что самая возможность травматическаго невроза у даннаго больного иногда категорически отвергается на томъ, якобы научномъ, основаніи, что у него не было вѣдь травмы головы въ моментъ несчастнаго случая!

Какъ бы то ни было ясно, что травма головы не можетъ считаться единственной причиной травматическаго невроза, какъ не могла ею считаться травма спинного мозга. Нельзя не упомянуть 3-ей гипотезы, именно, что травматическій неврозъ можетъ вызываться поврежденіями периферическихъ частей. Эту гипотезу еще въ началѣ 90-хъ годовъ высказалъ Oppenheim и ея же онъ придерживается до настоящаго времени, встрѣтивъ поддержку въ Goldscheider'ѣ и Binswanger'ѣ. Но самъ авторъ этой гипотезы считаетъ ее приложимой только къ отдѣльнымъ случаямъ и отнюдь не считаетъ ее универсальной для всѣхъ вообще неврозовъ послѣ несч. сл., т. е. и мѣстныхъ въ смыслѣ Strümpell'я и общихъ, „травматическаго невроза“ въ строгомъ смыслѣ слова. Поэтому останавливаться долго на этой гипотезѣ здѣсь не приходится.

Такимъ образомъ дѣйствительную, настоящую, постоянно вызывающую „травматическій неврозъ“, причину, настоящаго возбудителя его нельзя искать ни въ поврежденіи спинного мозга, ни въ травмахъ головы, ни въ поврежденіяхъ черепа. Каждое изъ этихъ травматическихъ поврежденій можетъ быть на лицо въ моментъ несчастнаго случая, но каждое можетъ и отсутствовать и тѣмъ не менѣе можетъ развиться у потерпѣвшаго травматическій неврозъ. Но тогда возникаетъ вопросъ: если локализація самыхъ поврежденій не играетъ никакой роли, можетъ быть, дѣйствующей причиной травматическихъ заболѣваній являются особыя свойства самой травмы въ разныхъ случаяхъ? Такія особыя свойства поврежденій видѣли въ періодъ существованія Railway-spine и Railway-brain въ томъ сотрясеніи, которое испытывала вся нервная система больного въ мо-

ментъ крушенія поѣзда. Но когда обратили вниманіе на „травматическіе неврозы“ не только послѣ желѣзнодорожныхъ случаевъ, но и послѣ несчастныхъ случаевъ промышленности, которые лишь рѣдко сопровождались сотрясеніями всего тѣла, стало возможно объяснять сотрясеніемъ нервной системы лишь периферическія нервныя заболѣванія послѣ травмъ, какъ это и дѣлаетъ Oppenheim, а для общихъ неврозовъ приходилось искать другихъ объясненій. Тѣмъ болѣе это становилось необходимымъ, что стали накапливаться неопровержимые факты, заставлявшіе нѣкоторыхъ сомнѣваться, что вообще между травматическими поврежденіями въ моментъ несчастнаго случая и возникающимъ послѣ него страданіемъ имѣется строго причинная зависимость.

Въ самомъ дѣлѣ, еще Erichsen отмѣчалъ, что не только многія тяжелыя травмы переносятся безъ всякихъ послѣдствій со стороны нервной системы, но часто наоборотъ симптомы описанной имъ болѣзни развиваются послѣ ничтожныхъ тѣлесныхъ поврежденій. Наблюденія многихъ другихъ позднѣйшихъ авторовъ не только подтвердили этотъ фактъ, но и показали даже, что часто несоотвѣтствіе между травматическимъ поврежденіемъ и неврозомъ послѣ него является настолько рѣзкимъ, что иногда при ясно выраженныхъ симптомахъ травматическаго невроза не удается доискаться положительно никакихъ слѣдовъ какого либо „травматическаго“ поврежденія въ моментъ несчастнаго случая. Весьма характерный случай этого рода описалъ въ 1879 еще году проф. Westphal. Дѣло шло о желѣзнодорожномъ машинистѣ, которому, когда онъ велъ поѣздъ, угрожала во время пути желѣзнодорожная катастрофа. Къ счастью, онъ во́-время замѣтилъ угрожающую опасность и хотя былъ сильно пораженъ ею, не потерялъ присутствія духа. Быстро сообразивъ, какъ нужно дѣйствовать, и принявъ энергичныя мѣры, онъ предотвратилъ эту угрожающую поѣзду и ему самому катастрофу. Несчастнаго случая не произошло, никакой матерьяльной травмы никто не по-

терпѣлъ, но самъ машинистъ вслѣдъ затѣмъ заболѣлъ характерными явленіями травматическаго невроза. Такихъ случаевъ наблюдалось съ тѣхъ поръ много. Единственное возможное объясненіе имъ было одно: здѣсь дѣйствовала не физическая, а психическая травма, тотъ самый „психическій шокъ“, о которомъ упоминалъ еще Erichsen. Уже онъ отмѣчалъ въ своей работѣ удивившій его фактъ, что у пассажировъ, спавшихъ во время крушенья поѣзда, часто наблюдаются поразительно ничтожныя нервныя явленія, хотя поврежденія у нихъ были ничуть не меньше, чѣмъ у заболѣвшихъ бодрствовавшихъ. Объяснить это едва ли было возможно иначе, какъ разницей психической реакціи у спящаго и бодрствующаго. И въ случаяхъ, подобныхъ случаю машиниста Westphal'я, ново было лишь то, что они являлись какъ разъ чистыми случаями въ самомъ строгомъ смыслѣ. Въ нихъ совершенно отсутствовали какія-либо травматическія поврежденія, и тѣмъ не менѣе всетаки получался у перенесшихъ несчастный случай характерный травматическій неврозъ. Такимъ образомъ этими случаями съ несомнѣнностью доказывалось съ одной стороны второстепенное значеніе физическихъ поврежденій, и съ другой ясно указывалось, что единственнымъ возбудителемъ травматическаго невроза можетъ быть исключительно одна психическая травма. Такимъ образомъ самое понятіе „травмы“ уже получало не тотъ смыслъ, какой обычно придается ему, когда рѣчь идетъ объ органическихъ послѣдствіяхъ травмъ и когда слово „травма“ понимается, какъ синонимъ слова „физическое поврежденіе“.

Рѣдко кто изъ врачей, неспеціалистовъ по психіатріи или невропатологіи, вспоминаетъ при словѣ „травма“ о травмѣ психической. Между тѣмъ такое представленіе „травмы“, какъ лишь травмы физической, въ приложеніи къ травматическому неврозу совершенно неправильно.

Не слѣдуетъ забывать, что и анатомическія, даже очень грубыя, поврежденія нервной системы могутъ быть выз-

ваны не только примѣненіемъ внѣшней грубой физической силы, но и тѣми душевными волненіями, которыя сопровождаютъ физическую травму. Даже въ случаяхъ съ анатомическими, рѣзко грубыми разрушеніями вещества нервной системы все-таки можетъ оказаться, что больной физической травмѣ не подвергался совершенно. Достаточно указать на кровоизліянія въ головной мозгъ, которыя подъ вліяніемъ психическаго возбужденія, душевнаго потрясенія, однимъ словомъ—если травмы, то отнюдь не физической, а психической,—могутъ возникать апоплектиформно у больныхъ съ нестойкими стѣнками кровеносныхъ сосудовъ (сифилитическій эндоартеріитъ, старческій артеріосклерозъ и т. д.). Ничего нѣтъ удивительнаго, что психическія потрясенія, сопровождающіяся часто очень рѣзкими сосудистыми измѣненіями, могутъ вызывать и вызываютъ часто не столько грубыя анатомическія, сколько тонкія молекулярныя измѣненія въ нервной системѣ, особенно у перенесшаго, напримѣръ, такую острую эмоцію, какъ эмоція внезапнаго страха, ужаса, обрушивающаяся на субъекта во время несчастнаго случая. Понятно, что часто болѣзнь можетъ возникнуть и тогда, когда на лицо была одна только психическая травма. Извѣстно вообще, что психическія травмы разнаго рода играютъ громадную роль въ развитіи вообще всякихъ неврозовъ. Общеизвѣстно вліяніе волненій на возникновеніе отдѣльныхъ приступовъ мигрени. Всѣмъ извѣстны случаи появленія пляски св. Витта, припадковъ падучей болѣзни вслѣдъ за сильнымъ испугомъ. По ученію Freud'а, въ настоящее время не только принятому большинствомъ ученыхъ, но и послужившему толчкомъ къ многочисленнымъ психоаналитическимъ изслѣдованіямъ при разнообразныхъ нервныхъ заболѣваніяхъ, истерія вызывается психической травмой, перенесенной въ періодъ полового развитія или до него, и имѣющей отношеніе къ половой сферѣ больной или больного. Душевныя волненія болѣе хроническаго характера могутъ, наконецъ, лежать въ основѣ заболѣванія базедовой болѣзнью, неврастеніей,

даже дрожательнымъ параличемъ, по мнѣнію нѣкоторыхъ авторовъ.

Но не меньше роль психическихъ травмъ и въ той группѣ неврозовъ, которые возникаютъ въ непосредственной связи съ травмами во время несчастныхъ случаевъ и выдѣляются на этомъ основаніи въ отдѣльную отъ другихъ неврозовъ группу. Поэтому при неврозахъ послѣ несч. сл. мы можемъ встрѣтить несомнѣнные случаи, когда травма физическая отступаетъ на заднiй планъ сравнительно съ травмой психической — пережитымъ во время поврежденія душевнымъ волненіемъ, а можетъ быть даже и совершенно отсутствуетъ. Приходится допускать, что несчастный случай дѣйствуетъ въ такихъ случаяхъ своей преимущественно психологической сущностью, и, такъ какъ физическая травма вообще незначительна, а часто и совершенно отсутствуетъ, то и получаются не грубыя анатомическія поврежденія, а лишь такъ называемыя молекулярныя измѣненія въ элементахъ нервной системы, которыя вызываютъ нарушеніе нервной функціи въ ея физіологической, интимной сущности, такъ называемое функціональное разстройство нервной системы, тотъ или другой неврозъ.

Было бы ошибкой, однако, изъ неорганической, функціональной природы этихъ неврозовъ заключать, что они являются легкими. Напротивъ, многія такія функціональныя разстройства могутъ угрожать не только общему здоровью, но даже и самой жизни больныхъ. Таковъ, напр., тотъ грозный нервный симптомокомлексъ, который иногда слѣдуетъ за тяжелыми тѣлесными поврежденіями или интенсивными болевыми ощущеніями, именно „нервный шокъ" хирурговъ, нерѣдко оканчивающійся летально и тѣмъ не менѣе не представляющій по смерти, даже при изслѣдованіи съ микроскопомъ, никакихъ анатомическихъ измѣненій нервной системы. Этотъ „нервный шокъ" можетъ въ нѣкоторыхъ случаяхъ развиться не вслѣдъ за физической травмой въ видѣ болѣе или менѣе тяжелаго тѣлеснаго по-

врежденія, а послѣ исключительно психическаго потрясенія, пережитаго больнымъ во время постигшаго его несчастнаго случая. Что такой душевный шокъ можетъ сопровождаться даже летальнымъ исходомъ, едва ли нужно повторять. Далѣе, уже въ 1 и 2 пунктѣ оффиціальныхъ таблицъ для опредѣленія степени ослабленія трудоспособности по закону 3 іюля 1903 года упоминаются эпилептическіе припадки, какъ послѣдствіе поврежденій черепа. Несомнѣнно, что эпилептоидные припадки весьма часто присоединяются къ различнымъ травмамъ головного мозга; иногда основаніемъ ихъ служатъ матеріальныя измѣненія его — кровоизліянія, внѣдреніе осколковъ и т. п., вызванныя травмой. Но часто въ головномъ мозгу въ такихъ случаяхъ не наблюдается никакихъ даже микроскопическихъ измѣненій, слѣдовательно, дѣло идетъ о чистомъ неврозѣ, „эссенціальной эпилепсіи". И этотъ неврозъ, какъ доказано несомнѣнными наблюденіями многихъ изслѣдователей, точно также можетъ возникать послѣ такого рода несчастныхъ случаевъ, гдѣ, какъ напримѣръ при нападеніи собаки, не нанесшей однако никакихъ раненій, не можетъ быть и рѣчи о какой либо физической травмѣ.

Какъ бы то ни было, въ наукѣ является вполнѣ установленнымъ фактомъ, что для возникновенія невроза психическая травма въ моментъ несчастнаго случая можетъ быть вполнѣ достаточнымъ условіемъ. Физической травмы во время несчастнаго случая можетъ совершенно не быть и тѣмъ не менѣе послѣ него можетъ развиться, если больной перенесетъ психическое потрясеніе, несомнѣнный травматическій неврозъ. Поэтому и *развиваются травматическіе неврозы не при всѣхъ физическихъ поврежденіяхъ, а только тамъ,* гдѣ на лицо есть моментъ психическаго потрясенія — *гдѣ есть психическая травма.* И въ этомъ отношеніи особенно поучительно предлагаемое Kraepelin'омъ названіе „Schreckneurose" „неврозъ отъ испуга". Можно сказать, что правильное пониманіе сущности травматическаго невроза

немыслимо, если понимать подъ травмой только физическую травму, а не травму психическую.

Указанія на такое пониманіе термина „травма“ мы видимъ уже у старыхъ авторовъ. Erichsen, какъ сказано выше, не только признавалъ психическую травму, какъ этіологическій моментъ для возникновенія описаннаго имъ страданія, но и далъ ей названіе „душевнаго шока“. Позднѣй Mœli снова подчеркнулъ значеніе психическихъ моментовъ во время „травмы“. Charcot даже пытался ближе опредѣлить природу этой психической травмы, сводя ее на „самовнушеніе больного“ во время несчастнаго случая. Въ 1899 г. Bruns снова вернулся къ этому вопросу, объясняя указанный выше фактъ различнаго отношенія къ травмѣ желѣзнодорожныхъ служащихъ и пассажировъ поѣзда. Онъ указалъ на полную естественность того, что лица, находящіяся въ моментъ крушенія въ полномъ сознаніи и окружающаго и происходящей катастрофы, а тѣмъ болѣе вынужденныя принимать всѣ мѣры къ предотвращенію этой катастрофы, какъ напримѣръ служащіе на поѣздѣ, особ. машинисты, заболѣваютъ чаще травматическимъ неврозомъ, чѣмъ не принадлежащіе къ служащему персоналу пассажиры, которые можетъ быть спокойно спятъ въ своемъ купе во время катастрофы или просыпаются только послѣ того, какъ несчастный случай уже произошелъ. Вѣдь у спящаго пассажира, просыпающагося послѣ несчастнаго случая, конечно, не могло быть такого сильнаго душевнаго потрясенія, которое наблюдалось у ихъ бодрствовавшихъ спутниковъ и особ. у тѣхъ, которымъ, какъ описанному выше машинисту Westphal'я, пришлось видѣть приближающуюся катастрофу и дѣлать съ напряженіемъ всѣхъ и физическихъ и психическихъ силъ усилія, чтобы предотвратить эту катастрофу и избѣгнуть опасности, угрожающей ему и всѣмъ лежащимъ на его отвѣтственности пассажирамъ.

Въ общемъ изо всѣхъ современныхъ авторовъ только Oppenheim еще придаетъ физической травмѣ нѣкоторое значеніе въ этіологіи „травматическихъ неврозовъ“ наряду

съ психической. Именно онъ допускаетъ, что при опредѣленныхъ травмахъ, именно при пораженіяхъ периферическихъ частей тѣла—кисти руки, стопы ноги—можетъ, подобно психической травмѣ, дѣйствовать, „сильное потрясеніе пораженной части", которое по его воззрѣнію „можетъ распространиться по пути чувствительныхъ нервовъ къ головному мозгу" (Lehrbuch der Nervenkrankheiten. 4 Auflage S. 1166). Эту гипотезу Oppenheim'а раздѣляютъ Goldscheider и Binswanger. Во всѣхъ же остальныхъ случаяхъ травматическаго невроза Oppenheim исключаетъ рефлекторное происхожденіе его и вполнѣ присоединяется къ общему ученію. „Въ генезѣ травматическаго невроза", читаемъ мы въ томъ же 4 изданіи его учебника, „психическое потрясеніе—испугъ, возбужденіе играютъ значительную роль. Существуютъ даже случаи, въ которыхъ заболѣваніе вызывается исключительно имъ". Проф. Strümpel (Lehrbuch der specielle Pathologie und Therapie, 16 Auflage 1907, S. 791) выражается еще опредѣленнѣе. „По крайней мѣрѣ въ большинствѣ относящихся сюда случаевъ матерьяльная травма, какъ таковая, не играетъ никакой роли, кромѣ той, что является освобождающимъ (auslösende) моментомъ для чисто психическаго измѣненія потерпѣвшаго. Матерьяльная травма связана съ „психической травмой"". Подъ „психическимъ измѣненіемъ" у потерпѣвшаго Strümpell разумѣетъ, кстати сказать, не только соединенный съ несчастнымъ случаемъ испугъ, но и „цѣлый рядъ новыхъ представленій, вызванныхъ этимъ несчастнымъ случаемъ и врывающихся въ сознаніе потерпѣвшаго съ величайшей настойчивостью". Проф. Kraepelin (Lehrbuch der Psychiatrie, 7 Auflage 1904, S. 721) еще выпуклѣй выдвигаетъ значеніе психической травмы въ этіологіи травматическаго невроза, заявляя, что „травматическій неврозъ" или Schreckneurose, какъ Kraepelin его называетъ, „появляется послѣ сильныхъ душевныхъ потрясеній, внезапнаго испуга, тяжелаго, тоскливаго напряженія и поэтому наблюдается послѣ тяжкихъ несчастныхъ случаевъ и поврежденій, особенно послѣ по-

жаровъ, различныхъ взрывовъ, желѣзнодорожныхъ катастрофъ, землетрясеній, ударовъ молніи, электрическихъ разрядовъ и т. п.“ Möbius высказалъ, что нервно-психическія разстройства, наблюдаемыя иногда послѣ неудачныхъ попытокъ самоубійства, принадлежатъ тоже къ числу „травматическихъ неврозовъ“. Kraepelin присоединяется къ этому мнѣнію. Того же взгляда придерживается авторъ монографіи о травматическомъ неврозѣ Bruns (1901 первое и 1905 второе изданіе). Тотъ же взглядъ высказываетъ и Dochnal (1907) въ своей диссертаціи о травматическомъ происхожденіи нервныхъ болѣзней. Въ 11-мъ положеніи ея онъ им. заявляетъ, что при неврозахъ, вызванныхъ травмой, хотя нельзя забывать въ происхожденіи ихъ также и механическаго воздѣйствія, дѣло идетъ „въ первой линіи о душевныхъ потрясеніяхъ“. Прив.-доц. Sachs (1909) не только присоединяется по этому вопросу къ воззрѣніямъ Kraepelin'a, но раздѣляетъ Kraepelin'овскую форму „невроза отъ испуга“ на два подвида: Schreckneurose въ смыслѣ Kraepelin'a и неврозъ послѣ электрическихъ разрядовъ, хотя бы и не сопровождавшихся физическими поврежденіями. Въ общемъ слѣд. всѣ согласны, что возбудителемъ неврозовъ послѣ травмъ является психическая травма. Физическая же травма можетъ совершенно отсутствовать и, если она есть, то можетъ лишь вызвать осложненіе чистой функціональной картины болѣзни присоединеніемъ органическихъ поврежденій. Такъ на Баденъ-Баденскомъ Съѣздѣ 1907 года именно этіологія травматическихъ неврозовъ послужила программной темой. Изъ докладовъ на эту тему и преній по поводу ихъ ясно видно, что въ литературѣ послѣ 1892 г. разбиралась уже не столько „травма“ во время несчастнаго случая. Что она заключалась въ психической травмѣ, это было уже общепризнано. Рѣчь шла только уже о психическихъ моментахъ, оказывавшихъ вліяніе на дальнѣйшее теченіе „травматическаго невроза“, о вторичныхъ психическихъ причинахъ, оказывавшихъ вліяніе на теченіе уже существующаго невроза.

Вторичныя психическія травмы.

И вотъ именно изъ этой области вторичныхъ психическихъ моментовъ возникаетъ волна нѣкотораго рода недоразумѣній. Раздаются отдѣльные голоса, что можетъ быть въ нѣкоторыхъ случаяхъ настоящей причиной травматическаго невроза является не первичная травма въ моментъ несчастнаго случая, а эти другія, второстепенныя травмы. У одного изъ авторовъ, правда, не нѣмецкаго, хотя и помѣстившаго свою работу въ нѣмецкомъ журналѣ, именно упомянутаго уже E. Schwartz'a (изъ Риги) мы находимъ даже прямое заявленіе, что нервный шокъ въ моментъ несчастнаго случая не только не играетъ значительной роли въ развитіи у потерпѣвшаго травматическаго невроза, но даже совсѣмъ не оказываетъ вліянія на болѣзнь. Главной причиной ея является исключительно состояніе застрахованности пострадавшаго. Schwartz не представляетъ никакихъ доказательствъ въ защиту своего заявленія. Онъ просто приводитъ „взглядъ", по его мнѣнію, будто бы, „всѣми уже признанный", что „за травмой, какъ этіологическимъ моментомъ, нельзя признать специфическаго значенія, что специфическій травматическій неврозъ вызывается не самой травмой, но рѣшающимъ вопросомъ является вопросъ о вознагражденіи, т.-е. застрахованность пострадавшаго". Страницей выше онъ выражаетъ свою мысль еще рѣшительнѣй. „Законъ есть единственная причина невроза въ его настоящей формѣ и частотѣ у большинства потерпѣвшихъ", а черезъ нѣсколько страницъ прямо и опредѣленно заявляетъ: „Безъ наличности закона потерпѣвшій остался бы здоровъ". Однако при ближайшемъ разсмотрѣніи нѣмецкой литературы мы не можемъ подтвердить, что приведенный Schwartz'емъ взглядъ на законъ, какъ на единственную, будто бы, причину травматическаго невроза, является общераспространеннымъ въ Германіи. Вопросъ о вліяніи закона о страхованіи отъ несчастныхъ случаевъ на „травматическіе неврозы" подвергался, какъ упомянуто уже, сравнительно

совсѣмъ недавно подробному обсужденію на Баденъ Баденскомъ Съѣздѣ 1907 года. Докладчикъ по этой темѣ проф. Hoche, работа котораго служитъ и Schwartz'у главнымъ источникомъ его статьи, говорилъ только о томъ, что „именно законы о несчастныхъ случаяхъ имѣютъ опредѣляющее вліяніе на характеръ (Gestaltung) картинъ болѣзней, получающихся послѣ несчастныхъ случаевъ" (стр. 4.) На стр. 7 Hoche еще опредѣленнѣе высказывается по этому вопросу, заявляя, что „несчастные случаи одинаковой силы и качества принимаютъ у застрахованныхъ другое теченіе, чѣмъ у незастрахованныхъ" и (стр. 9), „по Samson'у, случаи у застрахованныхъ требуютъ для своего излѣченія гораздо больше времени, чѣмъ у незастрахованныхъ". Такимъ образомъ Hoche говоритъ о вліяніи факта застрахованности не на возникновеніе травматическаго невроза, а лишь на теченіе его, слѣд. отнюдь не противорѣчитъ общепринятому взгляду на производящіе неврозъ психическіе моменты. Что онъ не считаетъ застрахованность единственной причиной неврозовъ послѣ несч. сл., явствуетъ вполнѣ недвусмысленно изъ дальнѣйшаго заявленія Hoche, что „многочисленные *незастрахованные* продолжаютъ работать *несмотря на то что страдаютъ „травматическимъ неврозомъ* „съ объективными признаками" (стр. 11). Такимъ образомъ онъ вполнѣ признаетъ, что не одна застрахованность можетъ вызвать травматическій неврозъ. Самъ Schwartz повидимому замѣчаетъ свое противорѣчіе съ этимъ общепринятымъ ученіемъ о патогенезѣ травматическихъ неврозовъ, такъ какъ говоритъ, что „законъ есть единственная причина невроза въ его настоящей формѣ и частотѣ" не у всѣхъ потерпѣвшихъ, а только „у большинства потерпѣвшихъ". Очевидно, что у остального меньшинства, даже по Schwartz'у, долженъ дѣйствовать не самый законъ, а какія то другія психическія причины, и, хотя Schwartz не называетъ ихъ, однако, ясно, что заявленіе его въ такой формѣ не можетъ существенно подорвать обычное ученіе, что единственной причиной трав-

матическаго невроза является психическій шокъ въ моментъ несчастнаго случая.

Къ тому же выводу приходимъ мы, разсматривая и другіе факты, которые обычно приводятся въ нѣмецкой литературѣ для доказательства якобы существованія причинной связи между неврозами послѣ несчастныхъ случаевъ и состояніемъ застрахованности потерпѣвшаго. Проф. Hoche въ качествѣ доказательства существованія такой связи или, какъ онъ выражается, „клиническихъ послѣдствій закона“, приводитъ фактъ „появленія въ Германіи послѣ введенія обязательнаго страхованія отъ несчастныхъ случаевъ „эпидеміи нервныхъ разстройствъ““. Въ самомъ дѣлѣ, если бы было можно доказать существованіе замѣтнаго увеличенія числа „травматическихъ неврозовъ“ въ какой-либо странѣ послѣ введенія закона объ обязательномъ страхованіи отъ несч. сл., — это заслуживало бы серьезнаго вниманія. Но представляется сомнительнымъ, чтобы въ Германіи можно было получить точныя данныя о количествѣ „травматическихъ неврозовъ“ до введенія тамъ упомянутаго закона, такъ какъ самое названіе травматическаго невроза введено въ науку около 1886 года, когда уже этотъ законъ былъ въ дѣйствіи. Мало того неизвѣстно и число травматическихъ неврозовъ послѣ введенія закона въ Германіи. По свидѣтельству самого Hoche, не встрѣтившему возраженій другихъ компетентныхъ участниковъ Съѣзда, „статистика травматическихъ неврозовъ въ Германіи совершенно отсутствуетъ“. Въ другихъ же странахъ, гдѣ тоже имѣется обязательное страхованіе отъ несч. сл., дѣло очевидно стоитъ еще печальнѣе, такъ какъ даже въ Австріи, всего ближе подходящей къ Германіи своими законами о несч. сл. промышленности, по мнѣнію Hoche, статистика ихъ не можетъ идти въ сравненіе съ германской, такъ какъ въ Австріи, по словамъ его самого, отсутствуетъ инстанція, которая могла бы служить центральнымъ мѣстомъ для собиранія и переработки статистическаго и прочаго научнаго матерья-

ла, подобно существующему въ Германіи упомянутому уже Имперскому Управленію по страхованію.

Еще затруднительнѣй, понятно, было бы пользоваться опытомъ странъ, гдѣ нѣтъ обязательнаго страхованія отъ несч. сл. и гдѣ слѣд. еще менѣе можно разсчитывать найти надлежащую статистику. Правда Schwartz (1908) заявляетъ, что будто бы въ Россіи число травматическихъ неврозовъ послѣ несч. сл. значительно меньше, чѣмъ въ Германіи, но статистическихъ данныхъ въ подтвержденіе своего воззрѣнія не приводитъ. За неимѣніемъ статистики, автору приходится опираться на отдѣльныя наблюденія. Такъ Schwartz упоминаетъ случаи Nonne, въ которыхъ, несмотря на тяжелыя поврежденія и искалѣченія разнаго рода, всетаки наступило излѣченіе и не было травматическаго невроза. Объясняется это „несоотвѣтствіе“ по мнѣнію Schwartz'a, тѣмъ, что эти случаи были *до* закона объ обязательномъ страхованіи рабочихъ отъ несч. сл. Но непосредственно за этими случаями, относящимися ко времени, когда въ Германіи еще не было обязательнаго страхованія, самъ Schwartz ссылается на серію еще новыхъ 5 случаевъ, реферированныхъ тѣмъ же Nonne на Баденъ-Баденскомъ съѣздѣ въ 1907 году. Эти случаи собраны были Nonne, по словамъ самого Schwartz'a, въ теченіе 1906-1907 года, слѣд. не только *послѣ* закона о страхованіи, но даже спустя много лѣтъ послѣ его введенія, когда этотъ законъ слѣдовательно имѣлъ уже достаточно времени, чтобы—по тому же Schwartz'у—обнаружить свое „вредное вліяніе на народную нравственность“, вызвать „широко распространенное нравственное паденіе“, „weitverbreitete moralische Verkommenheit“ народныхъ массъ. Казалось бы, если вѣрить теоріи Schwartz'a, именно здѣсь надобно было бы ожидать развитія тяжелыхъ нервныхъ заболѣваній. Оказывается, однако, что и въ этихъ случаяхъ, *послѣ* закона, несмотря на тяжелыя раненія головы, тоже наступило излѣченіе и не было травматическаго невроза. Правда, Schwartz оговаривается, что эти послѣдніе случаи Nonne были „ohne Unfall“, т. е.

не подлежали страхованію отъ несч. сл., и потому считаетъ возможнымъ привести ихъ въ доказательство того, что все дѣло въ состояніи застрахованности потерпѣвшаго. Но не вѣрнѣе ли предположеніе, что въ этихъ случаяхъ заболѣванія травматическимъ неврозомъ не воспослѣдовало по той простой причинѣ, что, вслѣдствіе отсутствія „несчастнаго случая“, не было налицо необходимаго условія для возникновенія травматическаго невроза—психическаго шока, психическаго потрясенія? Такимъ образомъ, ясно, что тоже только тщательный анализъ психическихъ условій во время травмы,—(котораго Schwartz однако не даетъ по отношенію къ случаямъ Nonne до закона и послѣ закона) — могъ бы выяснить истинную причину отсутствія въ нихъ заболѣванія травматическимъ неврозомъ. Пока же изъ случаевъ Nonne въ томъ видѣ, какъ ихъ излагаетъ Schwartz,—можно сдѣлать только одинъ выводъ: тяжелыя раненія головы не всегда вызывали травматическіе неврозы *до* закона о страхованіи и не всегда вызываютъ его *послѣ* введенія этого закона; слѣдовательно, фактъ существованія закона о страхованіи, повидимому, не имѣетъ того рѣшающаго значенія въ этіологіи интересующаго насъ невроза, какое приписываетъ ему Schwartz.

Впрочемъ, самъ авторъ, повидимому, чувствуетъ недостаточность своей аргументаціи. Чтобы доказать значеніе застрахованности для возникновенія травматическаго невроза, онъ не довольствуется одними случаями Nonne. Онъ ссылается на свои собственные случаи изъ завѣдываемаго имъ нервнаго отдѣленія Рижской городской больницы, въ которыхъ тоже, несмотря на травматическія поврежденія, не было травматическаго невроза. Онъ даже приводитъ довольно подробную исторію болѣзни одного больного, именно Mich. Pawlow'a, у котораго, несмотря на переломъ лучевой кости и обширныя поврежденія различныхъ частей тѣла, не наступило травматическаго невроза ни тотчасъ послѣ несчастнаго случая, ни позднѣй много лѣтъ послѣ происшествія. Этотъ случай Schwartz ставитъ въ pendant къ

случаямъ Nonne, считая его хорошимъ примѣромъ того, что въ Россіи отсутствіе закона о страхованіи отъ несч. сл. препятствуетъ возникновенію травматическихъ неврозовъ у рабочихъ. Но, повидимому, у Mich. Pawlow'a развитію невроза помѣшало не отсутствіе въ Россіи обязательнаго страхованія рабочихъ, а нѣсколько иное обстоятельство. Какъ мы видѣли уже, для возникновенія этого функціональнаго страданія необходима психическая травма, душевное потрясеніе въ моментъ несчастнаго случая. Гдѣ это потрясеніе отсутствуетъ, нельзя ожидать травматическаго невроза. Поэтому-то не заболѣваютъ имъ пассажиры, спящіе спокойно въ своемъ купе въ моментъ крушенія поѣзда и просыпающіеся post factum, а поѣздная прислуга, особенно машинисты, выдерживающіе опасность при полномъ сознаніи ея, являются особенно частыми жертвами этой болѣзни. У первыхъ душевное потрясеніе отсутствовало, у вторыхъ оно было налицо. Если же, основываясь на этомъ наблюденіи, подойти къ случаю больного Mich. Pawlow'a, оказывается, что какъ разъ онъ былъ принятъ въ больницу въ сильномъ опьяненіи, „stark alkoholisirt", по словамъ самого Schwartz'a. Это опьяненіе было настолько сильно, что во время его больной выпрыгнулъ изъ окна 3-го этажа, получивъ при этомъ прыжкѣ всѣ упомянутыя повреждевія. Состояніе такого рѣзкаго опьяненія, когда больному было „море по колѣно", создаетъ для душевныхъ волненій условія, которыя, разумѣется, скорѣе можно приравнить условіямъ во время сна, чѣмъ условіямъ во время полнаго бодрствованія. Очевидно, что при такихъ условіяхъ „психическое потрясеніе" больного не могло возникнуть, а слѣдовательно вполнѣ естественно, что больной не поплатился за свое паденіе съ 3-го этажа травматическимъ неврозомъ, для котораго сильное душевное потрясеніе является необходимымъ условіемъ. Такимъ образомъ, какъ случаи Nonne, такъ и случаи Schwartz'a совсѣмъ не говорятъ въ пользу положенія, что безъ закона о страхованіи пострадавшій не заболѣетъ травматическимъ неврозомъ. Ими можно только подт-

вердить давно извѣстный фактъ, что не всегда послѣ несчастнаго случая возникаетъ травматическій неврозъ. Послѣдній же случай—Mich. Pawlow'a—указываетъ намъ, кромѣ того, что причину отсутствія у этихъ больныхъ заболѣванія травматическимъ неврозомъ, несмотря на физическія поврежденія, приходится всего скорѣй искать въ отсутствіи психическаго потрясенія въ моментъ несчастнаго случая.

И въ самомъ дѣлѣ, едва ли можно говорить, что законъ является единственной причиной травматическаго невроза, разъ имѣется много несомнѣнныхъ случаевъ этой болѣзни, когда потерпѣвшіе заболѣваютъ травматическимъ неврозомъ не только не будучи застрахованными, но не имѣя возможности и думать о какомъ либо вознагражденіи за несчастный случай. Уже давно установленно въ невропатологіи и вошло даже въ учебники, что картина травматическаго невроза въ совершенно одинаковомъ видѣ развивается и тогда, когда больной совершенно не нуждается въ какомъ-нибудь вознагражденіи за несчастный случай. Въ литературѣ уже собрано большое число такихъ наблюденій (Knapp, Oppenheim). Послѣдній, напримѣръ, описалъ очень тяжелые случаи травматическаго невроза у школьниковъ и молодыхъ дѣвушекъ послѣ ушиба затылкомъ во время катанья на конькахъ (Oppenheim, Lehrbuch, 4 Aufl., S. 1176). Такіе случаи не безъизвѣстны и Schwartz'y, который даже самъ въ своей работѣ подробно сообщаетъ о нѣсколькихъ своихъ больныхъ, у которыхъ не могло быть никакой рѣчи о вліяніи на нихъ закона о страхованіи. Schwartz нарочно приводитъ подробныя исторіи болѣзни этихъ больныхъ, чтобы показать на нихъ наглядномъ примѣрѣ, что, если бы эти больные были не русскими, а жили бы въ Германіи и подлежали бы нѣмецкому обязательному страхованію отъ несч. сл., то излѣченіе у нихъ не наступило бы такъ быстро, какъ было въ дѣйствительности(?). Слѣд. отсутствіе у нихъ застрахованности удостовѣрено самимъ авторомъ. И тѣмъ не менѣе, то заболѣваніе, которое возникло у нихъ послѣ травмы и привело ихъ къ

Schwartz'у, было ничѣмъ инымъ, какъ тѣмъ же травматическимъ неврозомъ. Самъ онъ это признаетъ. Описанные Schwartz'емъ случаи тразматическаго невроза у его незастрахованныхъ больныхъ, такимъ образомъ, всецѣло примыкаютъ къ случаямъ Knapp'а и Oppenheim'а и не требуютъ никакихъ новыхъ объясненій, никакихъ новыхъ гипотезъ, такъ какъ вполнѣ объясняются общепринятымъ ученіемъ объ единственной причинѣ травматическаго невроза, первичномъ психическомъ потрясеніи.

Такимъ образомъ вопросъ объ „эпидеміи травматическаго невроза" въ Германіи или, проще, объ увеличеніи числа случаевъ этого заболѣванія послѣ введенія въ Германіи закона о страхованіи отъ несч. сл. совсѣмъ не является такимъ простымъ и окончательно рѣшеннымъ, какъ нѣкоторымъ кажется. Самъ Hoche сознаетъ всю трудность его. Онъ не утверждаетъ, что „эпидемія" травматическаго невроза совершенно прочно доказана, какъ полагаетъ это Schwartz. Онъ говоритъ лишь о „впечатлѣніи всѣхъ, занимающихся травматическимъ неврозомъ въ Германіи, что случаи этого заболѣванія значительно увеличиваются". Hoche высказываетъ лишь, что относительное къ общему числу застрахованныхъ въ Германіи рабочихъ число травматическихъ неврозовъ „очень вѣроятно, что увеличивается". Въ защиту же этого положенія онъ выдвигаетъ лишь одно доказательство, которое приходится считать только косвеннымъ. Именно онъ ссылается на то, что „доказано увеличеніе относительнаго числа случаевъ потери трудоспособности", а такъ какъ по его мнѣнію, среди этихъ случаевъ „конечно, неврозы играютъ большую роль", то и считаетъ эпидемію этихъ травматическихъ неврозовъ „очень вѣроятной". Насколько шаткой является опора для ученія объ эпидеміи травматическаго невроза въ Германіи, такимъ образомъ, видно уже изъ того, что докладчикъ на программную тему о „клиническихъ послѣдствіяхъ" этого закона можетъ представить только крайне косвенныя, чтобы не сказать больше, доказательства. Въ частности по отноше-

нію къ докладу самого Hoche эта шаткость матерьяла для выводовъ еще болѣе увеличивается тѣмъ обстоятельствомъ, что, какъ оказывается при ближайшемъ разсмотрѣніи источника, откуда Hoche черпалъ свою статистику относительнаго увеличенія числа случаевъ потери работоспособности,*) эта статистика касается совсѣмъ не Германіи, какъ можно было ожидать въ докладѣ германскаго невропатолога о германскомъ же законѣ, а, къ удивленію, относится всецѣло къ Австріи, той Австріи, данныя которой самъ же Hoche только что призналъ недостаточно основательными!

Въ виду этого представляется весьма желательнымъ провѣрить вопросъ цифрами вышеупомянутаго германскаго Имперскаго Управленія. Въ своемъ докладѣ Московскому Обществу Невропатологовъ и Психіатровъ 18 декабря 1909 года мы приводили оффиціальныя данныя Reichs-Versicherungs-Amtes за время съ 1886 года по 1907 годъ, касающіяся статистики несчастныхъ случаевъ и ихъ послѣдствій, и на основаніи этихъ оффиціальныхъ цифръ не Австріи, а самой Германіи пришли къ выводу, что эти цифры не говорятъ въ пользу увеличенія числа травматическихъ неврозовъ въ Германіи. Въ самомъ дѣлѣ данныя Имперскаго Страхового Управленія дѣлятъ всѣ послѣдствія несчастныхъ случаевъ на 3 категоріи: 1) смерть, 2) длительная (полная или частичная) потеря работоспособности и 3) временная потеря ея же. И вотъ оказывается, что въ самомъ дѣлѣ относительное число несчастныхъ случаевъ въ Германіи, равно и вознагражденій за нихъ несомнѣнно растетъ изъ году въ годъ, но это увеличеніе происходитъ исключительно за счетъ случаевъ *временной* потери работоспособности. Число же случаевъ *длительной* потери трудоспособности только въ первые 5—6 лѣтъ даетъ нѣкоторый подъемъ, затѣмъ уже скоро число этихъ случаевъ останавливается на одной высотѣ, а въ послѣдніе годы даже настойчиво

*) Работа Zwiedineck-Südenhorst'a въ „Zeitschritt für die gesamte Versicherungs-Wissenschaft“ за 1906 г.

падаетъ. Между тѣмъ „травматическіе неврозы“, какъ заболѣванія, признаваемыя всѣми авторами весьма упорными, даже по мнѣнію нѣкоторыхъ неизлѣчимыми, конечно, можно предполагать не въ рубрикѣ *временной* потери работоспособности, а въ рубрикѣ *длительной* потери ея, которая, какъ мы видѣли, все убываетъ. Такимъ образомъ ученіе о вѣроятномъ увеличеніи числа травматическихъ неврозовъ въ Германіи послѣ введенія обязательнаго страхованія отъ несч. сл. остается научно совершенно необоснованнымъ. Вопреки мнѣнію Hoche, у насъ нѣтъ прочныхъ данныхъ подтверждающихъ „впечатлѣніе“ объ увеличеніи числа этихъ заболѣваній послѣ закона 1884 года. Если же основываться на косвенныхъ указаніяхъ, на статистикѣ относительнаго увеличенія числа увѣчій съ потерей трудоспособности, то строго оффиціальныя данныя германской статистики гораздо скорѣе могутъ говорить не въ пользу увеличенія числа травматическихъ неврозовъ, а за постепенное уменьшеніе числа ихъ, соотвѣтственно убыванію относительнаго числа увѣчій съ *длительной* потерей трудоспособности. Эти данныя, повторяемъ, только косвенныя. Но, если сторонники „впечатлѣнія“ объ увеличеніи числа травматическихъ неврозовъ считаютъ возможнымъ пользоваться ими, крайне важно отмѣтить, что эти данныя говорятъ не въ пользу, а противъ „эпидеміи травматическихъ неврозовъ“.

Но, еслибъ даже признать, что косвенныя доказательства не могутъ говорить ни за, ни противъ эпидеміи травматическихъ неврозовъ, и стать на точку зрѣнія нѣмецкихъ авторовъ, исходящихъ въ этомъ вопросѣ, минуя статистику, отъ своего „личнаго впечатлѣнія“, что число травматическихъ невротиковъ ростетъ, требовалось бы всетаки еще выяснить, отчего зависитъ это увеличеніе? Не играетъ ли здѣсь главной роли то обстоятельство, что случаи „травматическихъ неврозовъ“ все точнѣй и точнѣй діагностицируются по мѣрѣ того, какъ интересъ къ нимъ и ознакомленіе съ ними все больше и больше увеличивается? Вѣдь одновременно съ этимъ (недоказаннымъ еще!) увеличеніемъ

числа этихъ болѣзней наблюдается вполнѣ доказанное статистикой увеличеніе и числа другихъ болѣзней, которыя едва ли можно свести къ „домогательственнымъ“ и прочимъ идеямъ, именно внутреннихъ и особенно хирургическихъ. И объясненіе этому факту дается, какъ извѣстно, вполнѣ научное, не основанное на „впечатлѣніи“, а тоже на статистикѣ, именно то, что съ улучшеніемъ предохранительныхъ мѣръ отъ несчастныхъ случаевъ тяжелыя увѣчья, обычно и такъ не особенно частыя, становятся еще рѣже, но зато болѣе частые случаи легкихъ увѣчій, прежде мало обращавшіе на себя вниманія и больныхъ и врачей, все тщательнѣй регистрируются и лѣчатся. Поэтому, еслибы у насъ имѣлись не только „впечатлѣнія“, но и точныя цифры увеличенія числа „травматическихъ неврозовъ“, мы имѣли бы право требовать доказательствъ того, что увеличеніе это не кажущееся, зависящее только отъ улучшенія регистраціи. И только еслибъ получили такія доказательства, имѣли бы право начать разыскивать еще новыя причины такого явленія. Какъ бы то ни было, при настоящемъ состояніи статистики несчастныхъ случаевъ не имѣется ни прямыхъ, ни косвенныхъ доказательствъ въ пользу того, что законъ самъ по себѣ можетъ вызвать „травматическіе неврозы“, и потому значеніе первичной психической травмы въ моментъ несчастнаго случая остается и послѣ работы Schwartz'а такимъ же прочно установленнымъ, какъ и до нея. Только эта первичная травма можетъ вызвать неврозъ. Остальные же психическіе моменты никакъ не могутъ замѣщать собою эту первичную травму, а развѣ лишь, согласно заявленію Hoche, играютъ роль вторичныхъ вліяній, осложняющихъ первоначальную картину уже существующей, вызванной первичнымъ потрясеніемъ болѣзни.

Къ тому же выводу мы должны придти, если разсмотримъ и другіе факты, которые нѣкоторыми приводятся какъ якобы противорѣчащіе господствующему ученію о психическомъ потрясеніи, какъ необходимой и единственной причинѣ травматическаго невроза. У Sachs'а (1909) мы встрѣ-

чаемъ, какъ уже было указано, дѣленіе всѣхъ вообще неврозовъ послѣ несчастныхъ случаевъ на 2 группы. Къ первой принадлежатъ: Kraepelin'овскій Schreckneurose, неврозъ отъ испуга и неврозы послѣ удара молніи и различныхъ электрическихъ разрядовъ. Ко второй же Sachs относитъ тѣ заболѣванія, при которыхъ наблюдается „несоотвѣтствіе между силой и качествомъ несчастнаго случая и интенсивностью и качествомъ невроза", и при коихъ „возникновенія заболѣванія не могутъ объяснить ни физическая травма, ни степень вѣроятнаго при несчастномъ случаѣ душевнаго возбужденія". Такимъ образомъ Sachs выдвигаетъ на первый планъ при сужденіи о существованіи связи между неврозомъ и травмой анализъ возможныхъ психическихъ причинъ, лежащихъ въ этой травмѣ. Онъ различаетъ такіе случаи, при которыхъ самый несчастный случай не можетъ, по его мнѣнію, вызвать настолько сильное душевное потрясеніе, чтобы имъ можно было объяснить возникновеніе даже какого либо легкаго нервнаго страданія. Такіе случаи Sachs, повидимому, склоненъ тоже отчасти приписывать вліянію вторичныхъ травмъ, такъ какъ противополагаетъ ихъ первымъ. И въ самомъ дѣлѣ, еслибъ можно было строго научно доказать, что въ извѣстномъ числѣ „травматическихъ неврозовъ" совершенно отсутствовало психическое потрясеніе въ моментъ несчастнаго случая, это могло бы подорвать въ корнѣ ученіе объ этой первичной психической травмѣ, какъ необходимомъ условіи для возникновенія этой болѣзни. Но для того, чтобы вполнѣ научно разобраться въ этомъ важномъ вопросѣ, необходимо было бы изо всѣхъ случаевъ неврозовъ послѣ несчастныхъ случаевъ, гдѣ не было абсолютно никакихъ физическихъ поврежденій и гдѣ слѣд. можно говорить только о психическихъ этіологическихъ факторахъ, разыскать такіе случаи, въ которыхъ первичнаго испуга совершенно не было. Несомнѣнныхъ наблюденій этого рода, однако не имѣется. И тѣмъ не менѣе мнѣніе, что во многихъ случаяхъ трав-

матическаго невроза испуга въ моментъ несчастнаго случая могло и не быть, приходится иногда встрѣчать.

Можно ли считать такое мнѣніе, основанное очевидно тоже на общихъ впечатлѣніяхъ, вполнѣ достовѣрнымъ? Былъ ли у больного испугъ или его не было, мы можемъ, понятно, судить лишь на основаніи показаній самого больного. И это не только потому, что трудно найти и опросить свидѣтелей несчастнаго случая, если таковые были въ моментъ его. Вѣдь и отъ нихъ мы получили бы только свѣдѣнія о внѣшнемъ поведеніи больного въ моментъ этого несчастнаго случая. А это поведеніе могло бы подвергаться сомнѣнію. Можетъ быть больной нарочно преувеличенно реагировалъ на несчастный случай, имѣя въ виду заручиться лишнимъ выгоднымъ для себя свидѣтелемъ, а испуга то настоящаго у него и не было? Съ другой стороны могло случиться и такъ, что испугъ у больного былъ, но онъ не сказался яснымъ для всякаго посторонняго лица рѣзкимъ и замѣтнымъ внѣшнимъ проявленіемъ испуга. Во всякомъ случаѣ свидѣтельскія показанія о поведеніи больного во время несчастія не надежны. При сужденіи о томъ, былъ или нѣтъ испугъ у больного, не обойтись безъ показанія самого больного о его внутреннихъ переживаніяхъ. И здѣсь выступаетъ на сцену вопросъ о довѣріи къ этимъ показаніямъ больного, если онъ, какъ это почти постоянно случается въ Германіи, ищетъ вознагражденія за увѣчье. Больному выгоднѣй заявлять объ испугѣ. Съ другой стороны—самъ врачъ, какъ и высказываетъ напр. Sachs, можетъ невольно разспросами навести больного на мысль, что, пожалуй, то, что онъ пережилъ въ моментъ несчастнаго случая, и есть тотъ испугъ, о которомъ разспрашиваетъ его врачъ. И вотъ здѣсь не лишне подчеркнуть, что, если больной отрицалъ бы испугъ, это еще не говорило бы, что и на самомъ дѣлѣ въ моментъ несчастнаго случая у больного не было никакого душевнаго потрясенія. Оно могло быть, но вмѣстѣ съ тѣмъ, остаться незамѣченнымъ самимъ больнымъ, такъ какъ несчастный случай могъ вѣдь

и не сопровождаться по тѣмъ или другимъ причинамъ сильной эмоціей страха. Машинистъ Westphal'я, пока его мысли и всѣ душевныя силы были направлены на предотвращеніе грозившей катастрофы, могъ не обратить вниманія на первичное душевное потрясеніе, на испугъ при видѣ приближенія опасности. Эмоція могла задержаться, и только послѣ, спустя нѣкоторое время машинистъ могъ пережить эту эмоцію. Всѣмъ извѣстны случаи, когда повидимому крѣпкій совершенно больной переноситъ какую либо операцію безъ проявленій какой либо эмоціи и продѣлываетъ истерическій припадокъ, а иногда даже падаетъ и въ обморокъ, когда его послѣ операціи, иногда даже совершенно небольшой, привозятъ въ палату. Реакція психики на потрясеніе течетъ въ такихъ случаяхъ, какъ и въ случаяхъ непосредственнаго испуга въ моментъ травмы, внѣ зависимости отъ воли, и, задержанная въ моментъ травмы чѣмъ либо, эта реакція можетъ проявиться очень рѣзко черезъ бóльшій или меньшій промежутокъ послѣ нея. Примѣры такихъ задержанныхъ эмоцій общеизвѣстны. Приведу поэтому только одинъ случай самонаблюденія извѣстнаго французскаго психолога J. Payot *) „Какъ то разъ въ Бюэ передъ разсвѣтомъ я спускался по крутому склону ущелья; дно пропасти исчезало въ темнотѣ. Я поскользнулся и покатился внизъ на ногахъ. Ни на секунду я не растерялся. Я понималъ свое критическое положеніе и ясно сознавалъ опасность. Шаговъ черезъ полтораста мнѣ удалось замедлить свой бѣгъ и, наконецъ, остановиться; все это время я не переставалъ думать, что я могу разбиться. Совершенно спокойный, я продолжалъ спускаться, опираясь на свою альпійскую трость, пока не дошелъ до площадки между скалъ. И тутъ то, когда я былъ въ безопасности, когда я былъ спасенъ, со мной вдругъ началась сильнѣйшая дрожь. Сердце страшно билось, все тѣло покрылось холоднымъ потомъ, и только тутъ я почувствовалъ страхъ: непреодо-

*) Education de la volonté. Paris. 1900.

лимый ужасъ овладѣлъ мною". Payot объясняетъ этотъ фактъ запозданія реакціи тѣмъ, что именно лишь въ безопасности возникло воспоминаніе идеи опасности, она была сознана и появилось ощущеніе страха. Будемъ ли мы слѣдовать этому психологическому объясненію или будемъ разсматривать запозданіе реакціи согласно извѣстной психофизіологической теоріи Lange-James'а, что въ такихъ случаяхъ происходитъ задержаніе физіологическихъ проявленій эмоціи (въ данномъ случаѣ вслѣдствіе черезмѣрныхъ мышечныхъ усилій во время неожиданнаго спуска, въ другомъ вслѣдствіе психическихъ усилій, напр. попытки принять всѣ мѣры для предотвращенія опасности—случай машиниста Westphal'я), во всякомъ случаѣ ясно, что и наружное и даже внутреннее спокойствіе въ моментъ несчастнаго случая еще не гарантируетъ того, что потерпѣвшій не перенесъ во время его сильнаго моральнаго потрясенія. Реакція на несчастный случай можетъ подъ вліяніемъ тѣхъ или другихъ причинъ запоздать на болѣе или менѣе короткій срокъ.

Таковъ выводъ изъ вполнѣ объективныхъ наблюденій больныхъ и самонаблюденій психологовъ. Сравнимъ его съ детальнымъ описаніемъ развитія болѣзни послѣ несчастнаго случая, хотя бы Erichsen'а. „Какъ правило, паціентъ совершенно не полагаетъ, что онъ перенесъ серьезный по своимъ послѣдствіямъ несчастный случай. Хотя онъ и замѣчаетъ, что его сильно ударило и онъ получилъ сотрясеніе, хотя, можетъ быть, онъ ощущаетъ небольшое головокруженіе и вялость, но, не обнаруживая у себя никакихъ переломовъ какой либо кости, а лишь отдѣльныя поверхностныя раненія, онъ поздравляетъ самъ себя съ тѣмъ, что такъ счастливо избѣгъ тяжелыхъ послѣдствій несчастнаго случая. Онъ успокаивается, приходитъ въ себя, принимается, можетъ быть, помогать своимъ товарищамъ по несчастію, продолжаетъ свое путешествіе, пріѣзжаетъ домой и только тамъ начинаютъ обнаруживаться послѣдствія поврежденія. Наступаетъ неожиданно душевное волненіе,

больной вдругъ начинаетъ плакать, приходитъ въ сильное возбужденіе, не можетъ спать, вскакиваетъ во время сна въ испугѣ. На слѣдующій день онъ жалуется на ощущеніе общей разбитости, особенно въ мышцахъ затылка и поясницы... Спустя нѣкоторое время онъ чувствуетъ себя неспособнымъ къ работѣ и не можетъ двигаться, долженъ лечь въ постель и обратиться впервые послѣ несчастнаго происшествія ко врачебной помощи". Очевидно, что въ развитіи травматическаго невроза имѣется значительное сходство съ запоздалыми психическими реакціями. У больного, какъ и у Payot, въ моментъ несчастья имѣется идея опасности, угрожающей его жизни или здоровью. Что эта идея у него есть, показываетъ его радость, когда онъ убѣждается, что счастливо отдѣлался. И только реакція на эту идею опаздываетъ, обнаруживаясь только на другой день. Такимъ образомъ, если у больного не удалось намъ доискаться сильнаго эмоціональнаго потрясенія въ моментъ несчастнаго случая, это еще не могло бы служить доказательствомъ, что у больного вообще не было никакого потрясенія въ моментъ травмы. Эмоція и реакція на нее въ видѣ невроза могла запоздать.

Что эти соображенія имѣютъ подъ собой не только одну чисто теоретическую почву, доказываютъ ваютъ многочисленныя, довольно общеизвѣстныя аналогіи изъ области хирургіи. Упомяну хотя бы о кровотеченіяхъ спустя болѣе или менѣе продолжительное время послѣ операціи, явленія шока во время самыхъ операцій, объясняемыя параличемъ сосудовъ и выравнивающіяся только въ томъ случаѣ, если удается добиться раздраженія ихъ и реакціи сосудистаго центра и т. п. Тѣже явленія запозданія реакціи мы наблюдаемъ точно также и при органическихъ нервныхъ болѣзняхъ. Такъ называемыя позднія Bollinger'овскія апоплексіи послѣ травмъ головного мозга, при которыхъ инсультъ наступаетъ спустя значительное время послѣ травмы, находятъ себѣ ясное для всѣхъ объясненіе въ анатомическихъ измѣненіяхъ — именно въ раз-

мягченіи мозгового вещества, вызванномъ травмой и въ свою очередь вызвавшемъ заболѣваніе и затѣмъ, спустя нѣкоторое время, разрывъ ихъ и кровоизліяніе. Matthes въ 1901 г. указалъ, что такія позднія кровоизліянія могутъ получиться и безъ первичнаго размягченія мозгового вещества, отъ первичнаго заболѣванія самихъ сосудовъ, можетъ быть иногда и отъ первично вызванныхъ травмой мелкихъ аневризмъ черепномозговыхъ сосудовъ. Но такія же запозданія реакціи нервной системы на травмы различнаго рода наблюдаются и въ случаяхъ функціональныхъ разстройствъ нервной системы. Къ числу такъ называемыхъ „конституціональныхъ“ психическихъ разстройствъ причисляется травматическая дегенерація, захватывающая, какъ извѣстно, главнымъ образомъ эмоціональную сферу больного, подобно травматическому неврозу. Возникаетъ она послѣ тяжелыхъ травмъ головы, сопровождающихся сотрясеніемъ мозга или глубокимъ разстройствомъ памяти, обнаруживается обычно рѣзкимъ увеличеніемъ раздражительности больного, крайней невыносливостью его къ спиртнымъ напиткамъ и т. п. и развивается отнюдь не тотчасъ же послѣ травмы, а спустя *много лѣтъ* послѣ нея*). Наконецъ, первичная психическая травма, психическій шокъ въ моментъ несчастнаго случая могъ вызвать у потерпѣвшаго не травматическій неврозъ, а частичную психическую эмоціональную дегенерацію, подобную травматической дегенераціи, вызываемой, какъ мы видѣли, главнымъ образомъ физическими травмами черепа. Что такая эмоціональная частичная дегенерація возможна, доказываютъ намъ здоровые во всѣхъ остальныхъ отношеніяхъ люди, перенесшіе какой-либо испугъ, напр. во время грозы. Часто у такихъ людей на всю жизнь остается, какъ ахиллесова пята, особая чувствительность къ вызвавшему когда то испугъ происшествію. Напомнимъ указанія хотя бы Rigler'а, „Siderodromophobia“ котораго какъ разъ

*) См. С. С. Корсаковъ, Курсъ психіатріи, 1901, т. 2, стр. 1059—1060.

указываетъ на такую психическую частичную дегенерацію. Тоже явленіе Bruns отмѣчаетъ у офицеровъ Ганноверской кавалерійской школы послѣ несчастныхъ случаевъ. „Я часто наблюдалъ“, говоритъ Bruns, „что больному въ этихъ случаяхъ крайне тяжело снова приняться, sit venia verbo, „за работу“, напр. снова послѣ заболѣванія сѣсть на лошадь, особенно же снова рѣшиться продѣлать то упражненіе, напр. взять верхомъ на лошади препятствіе, при которомъ можетъ быть и произошелъ раньше несчастный случай. Больные вполнѣ чистосердечно заявляютъ, что ихъ беретъ страхъ въ такихъ случаяхъ“. Уже изъ этого бѣглаго обзора фактовъ изъ области хирургіи и нервныхъ болѣзней, органическихъ и функціональныхъ, ясно, что приходится вполнѣ согласиться съ Dochnal'емъ (1907), который въ своей диссертаціи о происхожденіи нервныхъ болѣзней заявляетъ, что при нервныхъ заболѣваніяхъ послѣ травмъ, въ отличіе отъ другихъ болѣзней, позднее начало болѣзни является правиломъ. Поэтому если бы въ какомъ нибудь случаѣ не удалось констатировать испуга въ моментъ несчастнаго случая, еще нельзя бы было строго научно исключить совершенно первичное психическое потрясеніе. Требовалось бы еще доказать, что здѣсь не имѣло мѣста и запозданіе эмотивной реакціи на несчастный случай.

Представимъ себѣ, наконецъ, и такой случай, въ которомъ, несмотря на первичное потрясеніе, у потерпѣвшаго не наблюдалось эмоціональнаго возбужденія ни въ моментъ несчастнаго случая, ни когда либо позднѣй. Можно ли такой случай считать доказательствомъ, что неврозъ получился по какой либо другой причинѣ, а не вслѣдствіе первичнаго шока? По теоріи Freud'a, принятой въ настоящее время большинствомъ ученыхъ, несомнѣнныя психогенныя нервныя заболѣванія— истерія, различные виды фобій,—происходятъ вслѣдствіе того, что больной или больная перенесли, большею частью еще въ раннемъ дѣтствѣ или въ періодъ полового созрѣванія, психическую травму, душевное потрясеніе, которое

въ силу различныхъ причинъ въ свое время, въ моментъ этого потрясенія, не сопровождалось правильной эмоціональной реакціей, не отреагировалось. На этомъ основаніи было предложено и лѣченіе этихъ заболѣваній, увѣнчавшееся успѣхомъ. Именно, если погрузить такого больного въ гипнотическій сонъ, заставить его вспомнить и вновь пережить въ воспоминаніи всѣ перипетіи вызвавшаго болѣзнь происшествія и позаботиться, чтобы больной на этотъ разъ довелъ эмоціональную реакцію до конца, отреагировалъ потрясеніе, удается получить исцѣленіе застарѣлой болѣзни. Не было бы ничего удивительнаго, если бы и въ указанныхъ выше случаяхъ травматическаго невроза самая болѣзнь возникала вслѣдствіе потрясенія, въ свое время неотреагированнаго, но тѣмъ не менѣе достаточно сильнаго, чтобы вызвать болѣзнь. Какъ и въ случаяхъ Freud'а, физіологическое потрясеніе эмотивнаго аппарата въ моментъ несчастнаго случая могло не сопровождаться сознаніемъ больного, могло остаться подъ порогомъ его сознанія, въ сферѣ его безсознательныхъ нервныхъ процессовъ, и тѣмъ не менѣе вызвать помимо воли больного всѣ тѣ разстройства, которыя мы констатируемъ у него, какъ неврозъ послѣ несчастнаго случая.

Еще болѣе сомнѣній въ научномъ отношеніи должно появляться тогда, когда пытаются отвергать необходимость первичной психической травмы въ моментъ несчастнаго случая на томъ основаніи, что степень тяжести развившагося невроза не соотвѣтствуетъ „степени вѣроятпри несчастномъ случаѣ душевнаго возбужденія". (Sachs 1909). Помимо случайныхъ обстоятельствъ, опредѣляющихъ состояніе психики въ моментъ несчастнаго случая у потерпѣвшаго (сна его, опьянѣнія и т. п.), нельзя забывать и объ индивидуальныхъ разницахъ въ эмоціональномъ отношеніи. Одинъ можетъ поражать своей постоянной выдержкой во время самыхъ ужасныхъ происшествій, другой растеривается отъ самыхъ незначительныхъ поводовъ. Если даже не говорить о тѣхъ особенностяхъ эмотивности, которыя опредѣ-

ляются, какъ врожденныя особенности характера, а остановиться на болѣзненныхъ измѣненіяхъ ея, то пришлось бы повторять все то, что говорилось уже по поводу травматической дегенераціи. Эмотивность можетъ переразвиться до болѣзненныхъ размѣровъ подъ вліяніемъ физическихъ и психическихъ травмъ и, если у травматическаго невротика реакція на психическую травму намъ кажется чрезмѣрной, то мы должны принимать во вниманіе не только вліянія той травмы, которая непосредственно повлекла за собой данный неврозъ, но и природную и, особенно, пріобрѣтенную эмотивность больного до травмы. Видимое несоотвѣтствіе травмы и болѣзни послѣ нея можетъ, вѣдь, зависѣть и оттого, что у больного еще до этой травмы, можетъ быть, была какая либо другая травма, не проявившаяся въ свое время травматическимъ неврозомъ, но вызвавшая только травматическую, дегенеративную эмотивность больного, а эта, въ свою очередь, сдѣлала его особенно чувствительнымъ къ эмоціямъ въ моментъ вызвавшаго данный неврозъ несчастнаго случая. Одинъ изъ случаевъ Nonne является въ этомъ отношеніи весьма поучительнымъ. На Баденъ-Баденскомъ Съѣздѣ 1907 г. (во время преній по докладу проф. Hoche о „клиническихъ послѣдствіяхъ закона о страхованіи"), этотъ ученый привелъ случай учителя, который, пробуя стрѣлять, нанесъ самому себѣ тяжелое раненіе въ области головного мозга, въ теченіе полугода послѣ того былъ работоспособенъ, но позднѣй, послѣ легкаго раненія дробью, заболѣлъ типическимъ неврозомъ послѣ несчастнаго случая (Unfallneurose). Nonne приводитъ этотъ случай для доказательства того, что тяжелыя раненія головного мозга могутъ не сопровождаться неврозомъ, если они не представляются судебными. Но появленіе заболѣванія у больного послѣ второго несчастнаго случая можетъ объясняться не только тѣмъ, что второй выстрѣлъ былъ произведенъ не самимъ потерпѣвшимъ, а постороннимъ (и слѣд. сопровождался искомъ къ произведшему выстрѣлъ), но можетъ быть и тѣмъ, что первый

несчастный случай вызвалъ у учителя предрасположеніе къ опредѣленнымъ душевнымъ волненіямъ, какъ это наблюдается у совершенно не заинтересованныхъ въ вознагражденіи субъектовъ (послѣ ударовъ молніи напр.), и второй, уже легкій несчастный случай закончился, несмотря на легкость его, типическимъ неврозомъ именно вслѣдствіе повышенной чувствительности больного къ психическимъ потрясеніямъ. И о томъ, что именно судебный характеръ второго несчастнаго случая вызвалъ послѣ второго выстрѣла неврозъ, можно было бы говорить только тогда, если-бъ было устранено строго научнымъ изслѣдованіемъ сомнѣніе, не было ли у этого учителя состоянія повышенной чувствительности къ психическимъ травмамъ, а можетъ быть даже и слабо выраженнаго травматическаго невроза, который проявился болѣе явственно только послѣ второй травмы.

Такимъ образомъ „травматическіе неврозы“ или „неврозы вслѣд. несч. случ.“, хотя они и возникаютъ спустя большій или меньшій промежутокъ времени послѣ первоначальной психической травмы, несчастнаго случая, тѣмъ не менѣе обусловливаются именно этой первичной травмой. Другія же психическія травмы, несвязанныя прямо съ несчастнымъ случаемъ, какъ состояніе застрахованности больного, могутъ только вызвать ухудшеніе уже существующей болѣзни, но вызвать самую болѣзнь, если не было этого первичнаго потрясенія, повидимому, не могутъ.

Что касается другихъ, кромѣ состоянія застрахованности, вторичныхъ психическихъ травмъ, то ихъ ухудшающее только вліяніе на существующую уже болѣзнь выяснено достаточно. Онѣ отчасти связаны съ первичной травмой непосредственно, отчасти съ перемѣнами въ жизненныхъ условіяхъ больного, вызванными его заболѣваніемъ. Къ возбужденію вслѣдствіе перенесеннаго несчастнаго случая присоединяются тревожныя заботы о будущемъ. Въ случаяхъ, когда психическая травма сопровождалась физическими повреждeніями (мышцъ, связокъ, сочлененій, надкостницы и

т. п.), боли въ пораженныхъ частяхъ поддерживаютъ безпокойное возбужденіе больного (Kraepelin, Meyerfeldt); изъ-за болей и заботъ нарушается сонъ больного, нервная система котораго, благодаря первичному потрясенію, и безъ того уже представляютъ слабую сопротивляемость внѣшнимъ вліяніямъ (Kraepelin), питанье нервной системы нарушается, больной все менѣе и менѣе можетъ справляться со своими разнообразными опасеніями и самовнушеніями. Даже такія сравнительно мелкія вліянія, какъ правила для рабочихъ, вывѣшиваемыя повсюду на фабрикахъ въ видахъ предупрежденія несчастныхъ случаевъ, могутъ въ это время оказывать неблагопріятное дѣйствіе на рабочихъ, внушая имъ ипохондрическую мысль о возможности тяжелыхъ послѣдствій послѣ даже небольшихъ раненій (Hoffmann), особенно, если такія правила нѣсколько преувеличенно подчеркиваютъ эту возможность. Болѣзненное самонаблюденіе и подозрительность больного, поддерживаемыя страхами за свое здоровье, рѣзко повышается подъ вліяніемъ всѣхъ этихъ причинъ и мѣшаетъ попыткамъ такого больного преодолѣть собственнымъ усиліемъ воли болѣзненныя явленія (Kraepelin). Эти болѣзнетворныя вліянія держатъ больного въ теченіе долгаго времени въ возбужденномъ раздражительномъ состояніи и потому обусловливаютъ медленное и неблагопріятное теченіе страданія (объ же). Если къ этому еще присоединяется крайняя нужда вслѣдствіе того, что больной не можетъ работать, то создаются такія неблагопріятныя условія для выравниванья болѣзненныхъ явленій, вызванныхъ первоначальной травмой, что не приходится разсчитывать на выздоровленіе, а скорѣе ждать все большаго и большаго ухудшенія болѣзни, что, какъ мы увидимъ ниже, часто и наблюдается при травматическомъ неврозѣ. Значеніе этихъ причинъ вполнѣ понятно, и связь наблюдающагося ухудшенія здоровья больного съ этими моментами тоже ясна: эти вторичныя причины расшатываютъ уже нарушенное первичной травмой нервное здоровье больного. И еслибъ дѣло всегда стояло

такъ просто, не приходилось бы особенно останавливаться на этихъ вторичныхъ причинахъ.

Но къ числу этихъ причинъ, кромѣ указанныхъ уже вторичныхъ травмъ, въ тѣхъ случаяхъ, когда потерпѣвшій ищетъ вознагражденія за полученное увѣчье, присоединяется судебный процессъ. Онъ, съ одной стороны, несомнѣнно служитъ ухудшающимъ моментомъ для болѣзни, какъ и перечисленные выше, а, съ другой стороны, вноситъ въ сужденіе посторонняго о болѣзни нѣчто новое, именно мысль о томъ, что больному выгодно было бы давать о своей болѣзни болѣе тяжелыя свѣдѣнія, чѣмъ это соотвѣтствуетъ дѣйствительности, выгодно умышленно аггравировать, а, можетъ быть, даже и сознательно обманывать врачей, воспроизводя искусственно симптомы болѣзни, симулировать ее. Эта мысль кажется тѣмъ вѣроятнѣй, что въ нервныхъ болѣзняхъ вообще, особенно же при функціональныхъ, врачу чаще, чѣмъ при хирургическихъ и внутреннихъ болѣзняхъ, приходится имѣть дѣло съ субъективными ощущеніями больныхъ, напр., болями, настроеніемъ, головокруженіемъ, общей слабостью, ощущеніемъ немощности и т. п., и потому для сужденья о нихъ приходится опираться на показанія самого больного, довѣрять добросовѣстности его. А разъ эта добросовѣстность подвергается сомнѣнію, сужденіе объ этихъ ощущеніяхъ становится очень затруднительнымъ и въ значительной степени можетъ зависѣть въ каждомъ данномъ случаѣ отъ личнаго взгляда изслѣдующаго. Поэтому крайне важно выяснить себѣ болѣе детально, каковъ взглядъ современной невропатологіи на вопросъ о вліяніи вторичныхъ травмъ, заключающихся въ судебномъ процессѣ, на травматическихъ невротиковъ.

Еще Erichsen (см. стр. 29) указывалъ на громадное значеніе судебныхъ дѣлъ съ исками за увѣчье въ развитіи и теченіи симптомовъ описаннаго имъ страданія. Его указанія въ 1893 г. подтвердилъ Hofmann. Та длительная судебная процедура, которая предшествуетъ полученію больнымъ

вознагражденія и сопровождается безконечными экспертизами, противорѣчивыми мнѣніями разныхъ врачей во время этихъ послѣднихъ, особенно по вопросу о симуляціи и т. п., по мнѣнію Hofmann'а, безусловно отягчаетъ состояніе больного. Помимо воли его, она поддерживаетъ въ больномъ состояніе постоянныхъ страховъ за свою болѣзнь, за свою дальнѣйшую судьбу, зависящую отъ исхода процесса и т. п. Такое же вредное дѣйствіе оказываетъ, говоритъ Hofmann, также трудность научно доказать симуляцію травматическаго невроза. А всякій симулянтъ, котораго по этой причинѣ врачу не удалось во время разоблачить, является, по его мнѣнію, очагомъ психической заразы для другихъ несомнѣнно больныхъ, вызывая у нихъ своимъ соблазнительнымъ примѣромъ нѣчто въ родѣ „психической дегенераціи" и „слабоволія", которыя, „несмотря на ясное представленіе о своемъ тяжеломъ положеніи, тяжеломъ несмотря на всѣ ренты", мѣшаютъ больнымъ „отказаться отъ мысли объ рентѣ" и начать снова жизненную борьбу. Обсуждая вліяніе указываемыхъ Hofmann'омъ моментовъ, трудно было рѣшить, идетъ ли въ каждомъ данномъ случаѣ дѣло о невольномъ самовнушеніи больного—невольной аггравацiи, или о намѣренномъ усиленіи имъ своихъ болѣзненныхъ явленій—аггравацiи намѣренной. Упоминаніе о „соблазнительномъ примѣрѣ" неразоблаченныхъ „симулянтовъ" наводило уже на мысль о возможности не только аггравацiи, но и вымышленности болѣзненныхъ явленій, т. е. такъ называемой симуляціи. Въ 1895 г. Strümpell далъ болѣе подробное опредѣленіе природы наиболѣе сложныхъ вторичныхъ психическихъ моментовъ, именно „Begehrungsvorstellungen", „мыслей о домогательствѣ"—стремленія больныхъ травматическимъ неврозомъ во что бы то ни стало домогаться возможно большаго вознагражденія и не упускать его даже въ случаѣ улучшенія своей работоспособности. Strümpell, повидимому, даже недалекъ былъ отъ мысли, что вся картина болѣзни травматическаго невроза могла получаться именно, какъ результатъ этихъ „домогательственныхъ идей" и,

тѣмъ еще болѣе выдвинулъ на первый планъ поднятый еще въ 1879 году (Rigler'омъ) вопросъ, гдѣ кончается граница неумышленныхъ ухудшеній въ состояніи больного и начинается чистая недобросовѣстность его. Sänger и Jeremias дали еще новую пищу толкамъ о симуляціи въ судебныхъ случаяхъ, опубликовавъ свои наблюденія, показывавшія, что не судившіеся невротики, наоборотъ, обнаруживали не преувеличеніе своихъ симптомовъ, а даже, такъ сказать, старались игнорировать ихъ—диссимулировали свою болѣзнь. И хотя Jolli, почти одновременно со Stümpell'емъ, снова подчеркнулъ указанныя уже Hofmann'омъ вредныя вліянія суда, ухудшающія помимовольно состояніе больного, именно длительность судебной волокиты при искахъ объ увѣчьи съ повторными вызовами въ судъ, многократными экспертизами, которыя лишаютъ больного покоя и вынуждаютъ его невольно, изъ чувства самосохраненія, какъ бы вступать въ борьбу изъ-за ренты съ судомъ и экспертами, въ борьбу, которая часть больныхъ превращаетъ въ раздраженныхъ сутягъ,—тѣмъ не менѣе, центръ тяжести дальнѣйшихъ научныхъ работъ, споровъ, сомнѣній и недоразумѣній былъ прочно перенесенъ именно на вопросъ о намѣренныхъ выступленіяхъ въ видѣ аггравацін и даже симуляціи болѣзненныхъ явленій. Тогда то, еще въ 1895 году, возникли впервые всѣ перечисленныя въ исторической части нашей работы комбинаціи изъ названія того вида вознагражденія, котораго „домогался" больной и названія болѣзни—всѣ эти Rentennervenkrankheiten, Abfindungsneurosen, Abfindungsnervenkrankheiten и т. п. Новѣйшее время принесло только новый терминъ для всѣхъ вообще видовъ вознагражденій—Ersatznervenkrankheiten. Намъ лично кажется, впрочемъ, что сущность всѣхъ этихъ и имъ подобныхъ довольно тяжеловѣсныхъ нѣмецкихъ названій всего лучше опредѣляется терминомъ англичанъ для подобныхъ же понятій — „Litigation - symptom" — „симптомы тяжбы". Этимъ выраженіемъ указывается и на то, что тяжба можетъ расшатать здоровье ведущаго ее больного (symptom),

и на то, что эти симптомы вызываются не столько судомъ или страхованіемъ больного, сколько длительной судебной волокитой (Litigation).

Въ чемъ же, заключаются эти „симптомы тяжбы“ по современному ученію? Strümpell въ настоящее время (Lehrbuch, 16 Auflage 1907) признаетъ, что формальности суда, часто возникающіе споры съ кассами страхованія отъ болѣзней и страховыми обществами способствуютъ тому, чтобы держать больныхъ въ состояніи постояннаго безпокойства. Но наряду съ этимъ онъ отмѣчаетъ: „къ этому у рабочихъ, которые подлежатъ страхованію на случай несчастія и у которыхъ вообще всего чаще наблюдаются травматическіе неврозы, присоединяется всегда живое желаніе получить, по возможности, высокую ренту, а также своеобразное упрямство въ своихъ требованіяхъ и своихъ взглядахъ о правѣ вознагражденія послѣ всякаго несчастнаго случая. Можно утверждать, говоритъ Strümpell дальше, что число травматическихъ неврозовъ увеличилось вслѣдствіе закона о несчастныхъ случаяхъ“. Послѣдней фразой Strümpell какъ будто признаетъ высказанное имъ въ 1895 году мнѣніе, что желаніе больного получить ренту, вслѣдствіе сознанія имъ своихъ якобы безспорныхъ правъ на нее, можетъ играть значительную роль въ этіологіи травматическаго невроза, хотя и не говоритъ уже объ ихъ исключительной роли, какъ прежде. Но и это мнѣніе не встрѣчаетъ общаго признанія. Наоборотъ, нѣкоторые авторы прямо высказываются противъ него. Такъ Oppenheim въ своемъ послѣднемъ нѣмецкомъ изданіи руководства заявляетъ, что желаніе получить ренту можетъ обнаружить свое вліяніе только такимъ образомъ, что оно, это желаніе, можетъ повысить самонаблюденіе больного и его подозрительность. И только если больному отказано въ искѣ, у него можетъ развиться состояніе депрессіи или раздражительности вслѣдствіе сознанія его нарушеннаго права. Что же касается мнѣнія, высказаннаго когда-то Strümpell'емъ, что желаніе ренты можетъ само по себѣ, безъ участья первичной пси-

хической травмы, вызвать травматическій неврозъ, Oppenheim рѣшительно отвергаетъ его, какъ не соотвѣтствующее дѣйствительности. Kraepelin въ послѣднемъ изданіи своего учебника (Lehrbuch der Psychiatrie, 7 Auflage, S. 725), разбирая подробно дѣйствіе тѣхъ „болѣзнетворныхъ вліяній, которыя лежатъ въ самомъ нѣмецкомъ законодательствѣ“, полагаетъ, что эти вліянія „только мѣшаютъ быстрому выравниванію душевнаго потрясенія“. Именно они мѣшаютъ больному успокоиться, съ другой же стороны мѣшаютъ его попыткамъ преодолѣть собственнымъ усиліемъ воли болѣзненныя явленія, „попыткамъ, которыя,—подчеркиваетъ Kraepelin,—встрѣчаются не только во внѣсудебныхъ, но и судебныхъ случаяхъ травматическаго невроза“. Эти болѣзнетворныя вліянія суда „держатъ больного въ теченіе долгаго времени въ возбужденномъ раздражительномъ состояніи и потому обусловливаютъ медленное и неблагопріятное теченіе страданія“. Такимъ образомъ и Kraepelin ничего не говоритъ о возможности возникновенія травматическихъ неврозовъ исключительно вслѣдствіе вліяній законодательства. Эти вліянія, полагаетъ онъ, могутъ только ухудшать теченіе существующаго уже травматическаго невроза, но не вызывать его сами; безъ вліянія первоначальной травмы. И въ самомъ дѣлѣ, среди этихъ болѣзнетворныхъ вліяній судебной процедуры, мы не находимъ ни одного, которое бы могло замѣнить первоначальный психическій шокъ Erichsen'a. „Всего яснѣе, читаемъ у Kraepelin'a, тѣ моменты, которые заключаются въ борьбѣ за ренту, особенно, если ее приходится вести больному, котораго сопротивляемость вреднымъ вліяніямъ очевиднымъ образомъ понижена. Къ возбужденію вслѣдствіе несчастнаго случая, къ болямъ, къ заботѣ о будущемъ присоединяется желаніе получить возможно бóльшую ренту, соблазнъ аггравировать и долго остаться бездѣятельнымъ, вліяніе окружающихъ и близкихъ, недовѣріе къ профессіональнымъ организаціямъ и врачамъ, безконечныя экспертизы, неувѣренность въ благопріятномъ конечномъ исходѣ, во многихъ случаяхъ крайняя нужда

въ ожиданіи рѣшенія дѣла“. Всѣ эти вліянія, несмотря на то, что крайне гибельно отражаются на здоровьи уже больного, тѣмъ не менѣе рѣзко отличаются отъ первоначальной психической травмы при травматическомъ неврозѣ уже хотя бы тѣмъ, что принадлежатъ отнюдь не къ числу внезапныхъ, острыхъ, дѣйствующихъ сразу своей общей массой „шоковъ“, а наоборотъ, состоятъ изъ сравнительно мелкихъ каждое само по себѣ возбужденій, дѣйствующихъ постоянно, повторно на психику больного и расшатывающихъ ее именно этими частыми повтореніями.

Въ виду такихъ заявленій Oppenheim'a и Kraepelin'a приходится понимать указаніе Strümpell'я въ его учебникѣ 1907 г. на увеличеніе частоты травматическаго невроза вслѣдствіе законовъ о страхованіи лишь въ томъ смыслѣ, что въ тѣхъ случаяхъ, когда одна первоначальная психическая травма не могла вызвать травматическаго невроза, вліянія закона о страхованіи, или, лучше сказать, судебнаго процесса—усиливали вліяніе первоначальной травмы и давали неврозъ. Этого пониманія не можетъ поколебать и заявленіе Hoche (1907), что въ настоящее время совершенно уже не довольствуются старымъ понятіемъ Begehrungsvorstellungen, допуская въ качествѣ причины травматическаго невроза массу другихъ психическихъ моментовъ, вплоть до „раздраженія болѣзненно развитого чувства права“

Такова этіологія травматическаго невроза въ собственномъ смыслѣ слова, какъ мы его согласились называть, или невроза отъ испуга (Kraepelin), невроза отъ несчастнаго случая (Unfallneurose нѣмецкихъ авторовъ) психоза отъ несчастнаго случая (Strümpell), смѣшанной формы неврозовъ (Bruns, Dochnal и другіе).

ГЛАВА IV.

Симптомы и теченіе неврозовъ вслѣдствіе несчастныхъ случаевъ.

При неврозахъ послѣ травмъ могутъ получаться самыя разнообразныя формы функціональныхъ нервныхъ заболѣваній. Но такъ какъ многіе изъ этихъ неврозовъ—общая эпилепсія, хорея, базедова болѣзнь, дрожательный параличъ и т. п.—имѣютъ вполнѣ законченныя, отчетливо установленныя и ясно отъ другихъ схожихъ заболѣваній отграниченныя клиническія картины, такъ какъ они совершенно одинаковы и послѣ травмы и когда ея не было совершенно, то было бы не совсѣмъ точно говорить о нихъ, какъ объ особыхъ „травматическихъ" заболѣваніяхъ. Не то мы видимъ по отношенію къ такъ называемымъ общимъ или большимъ неврозамъ—неврастеніи и истеріи. Именно многіе авторы положительно утверждаютъ, что клиническая картина неврастеніи или истеріи, вызванной травматическимъ поврежденіемъ, отличается отъ обычной картины тѣхъ же заболѣваній, и потому въ отличіе отъ простой неврастеніи и простой истеріи они различаютъ истерію „травматическую" и таковую же неврастенію (давая имъ общее названіе „травматическихъ неврозовъ"). Наконецъ, кромѣ травматической истеріи, травматической неврастеніи и травматической ипохондріи, на признаніи которой особенно настаивали въ 1893 г. Hitzig и Bäumler, кромѣ этихъ простыхъ „травматическихъ неврозовъ", травма можетъ вызвать еще особое нервное заболѣваніе, которое своеобразно совмѣщаетъ въ себѣ и признаки истеріи, и признаки не-

врастеніи и ипохондріи, слѣдовательно представляетъ смѣшанную форму этихъ неврозовъ, которой свойственевъ особый характерный отпечатокъ. Этому своеобразному симптомокомплексу приписывается особенно тѣсная связь съ травматическими поврежденіями различнаго рода, почему онъ и можетъ быть названъ „травматическимъ неврозомъ“ въ собственномъ смыслѣ этого слова.

Такимъ образомъ функціональныя нервныя разстройства вслѣдствіе травмъ могутъ представлять самыя разнообразныя градаціи отъ простой неврастеніи до рѣзко выраженныхъ травматическихъ неврозовъ въ строгомъ смыслѣ этого слова. Простая, скоро преходящая нервность здороваго во всемъ остальномъ человѣка, и рѣзко выраженные травматическіе психозы стоятъ на крайнихъ границахъ этихъ неврозовъ, при чемъ эти границы, съ одной стороны между простой нервностью послѣ несчастнаго случая и выраженнымъ травматическимъ неврозомъ, напр. травматической неврастеніей, а съ другой стороны между ясно выраженнымъ травматическимъ неврозомъ и слабо выраженнымъ травматическимъ психозомъ, естественно, не являются вполнѣ отчетливыми. И точно также возможны переходы между различными формами собственно неврозовъ вслѣдствіе несчастныхъ случаевъ.

Въ своей извѣстной монографіи Bruns предпосылаетъ изложенію всѣхъ вообще симптомовъ травматическаго невроза краткое описаніе нѣсколькихъ своихъ больныхъ, страдающаго смѣшанной формой невроза, затѣмъ представляющаго только картину чистой травматической истеріи, затѣмъ больного съ чистой травматической неврастеніей, больного со сравнительно чистой ипохондріей, и наконецъ, описаніе взятаго имъ у Oppenheim'а случая психоза послѣ несчастнаго случая. Но отдѣльныя формы встрѣчаются не такъ часто въ чистомъ видѣ. Обычно и въ неврастеническихъ, а еще больше истерическихъ формахъ примѣшиваются болѣе или менѣе симптомы психическіе. Не даромъ, какъ указано было уже выше, Friedel (1907) различаетъ не раз-

ныя формы неврозовъ послѣ несчастныхъ случаевъ, а различныя формы „травматическаго невроза“: „неврастеническій травматическій неврозъ“, „истерическій травматическій неврозъ“ и наконецъ, „ипохондрическій травматическій неврозъ“, т. е. психическія формы травматическаго невроза. Самый патогенезъ отдѣльныхъ формъ неврозовъ вслѣдствіе несчастныхъ случаевъ скорѣе говоритъ въ пользу смѣшанныхъ, чѣмъ чистыхъ формъ ихъ. Для возникновенія травматическаго невроза въ собственномъ смыслѣ слова необходима психическая травма. Но и патогенезъ другихъ общихъ неврозовъ, которые возникаютъ вслѣдствіе несчастныхъ случаевъ — неврастеніи и истеріи, точно также въ настоящее время все больше и больше сводится тоже къ вліянію психическихъ моментовъ разнаго рода на психическую главнымъ образомъ сферу больного, хотя, кромѣ того, могутъ обнаруживаться вторичныя вліянія и на отдѣльныя части остальной нервной системы. Достаточно напомнить хотя бы слова Strümpell'я (въ послѣднемъ (1907) нѣмецкомъ изданіи его учебника нервныхъ болѣзней) о неврастеніи и ея главной сущности—ненормальной раздражимости и ненормальной истощаемости нервной системы. „Приходится подчеркнуть, говоритъ онъ, что въ ненормальномъ функціонированіи при неврастеніи, принимаетъ участіе *отнюдь не вся нервная система*. И здѣсь, какъ при истеріи, по мѣрѣ того, какъ все точнѣй знакомятся съ симптомами неврастеніи и анализируютъ ихъ, прокладываетъ себѣ дорогу воззрѣніе, что въ сущности при неврастеніи дѣло идетъ лишь о ненормальномъ *психическомъ* состояніи заболѣвшаго лица, и что, въ конечномъ счетѣ, безчисленныя тѣлесныя недомоганія и болѣзненные симптомы неврастениковъ могутъ быть сведены почти цѣликомъ къ *нарушенной жизни представленій*“. Въ виду этого и получило себѣ право гражданства въ наукѣ названіе „психастеніи“ для многихъ формъ неврастеніи. Къ этому едва ли нужно прибавлять, что современное ученіе объ истеріи сводится въ этіологическомъ отношеніи почти всецѣло, слѣдуя Freud'у, къ психическимъ травмамъ

въ періодъ полового развитія, а съ другой стороны уже давно, еще до трудовъ Babinsk'аго, признавалось, что вся картина истеріи развивается чисто психическимъ путемъ— черезъ самовнушеніе больного, отъ котораго и зависитъ крайне капризная и пестрая картина нервныхъ проявленій истеріи. Такимъ образомъ патогенезъ всѣхъ общихъ неврозовъ вслѣдствіе травмъ—неврастеніи, истеріи и травматическаго невроза sensu strictiori — совершенно одинаковъ. Всюду имѣется измѣненіе психической жизни больного, и потому психическая травма весьма легко можетъ въ одномъ и томъ же случаѣ вызывать не одну форму этого измѣненія психики, не чистую форму какого либо невроза, неврастеніи или истеріи, а смѣшанную изъ нѣсколькихъ. Потому то при неврозахъ вслѣдствіе несчастныхъ случаевъ, по опредѣленію Sachs'а (1907), наблюдается ненормальная форма раздражительности не одного, а многихъ различныхъ нервныхъ центровъ, въ видѣ усиленія ея въ одномъ центрѣ, въ другомъ притупленіе, въ третьемъ полное отсутствіе ея. Въ виду этого лучше, не слѣдуя примѣру Bruns'а, излагать не отдѣльныя чистыя формы неврозовъ вслѣдствіе несчастныхъ случаевъ, какъ нѣчто законченное и обособленное отъ другихъ формъ, а тѣ группы симптомовъ этихъ неврозовъ, которыя могутъ быть относимы то къ неврастеніи, то къ истеріи, то къ отдѣльнымъ видамъ психическихъ разстройствъ и которыя обычно можно найти въ каждомъ почти случаѣ невроза вслѣдствіе несчастныхъ случаевъ.

Субъективныя жалобы больныхъ.

Если травма сопровождалась матерьяльными поврежденіями, вызвавшими боли въ потерпѣвшихъ частяхъ тѣла, то жалобы на эти боли занимаютъ видное мѣсто въ симптомахъ наблюдаемаго невроза. Въ нѣкоторыхъ случаяхъ все дѣло можетъ ограничиться одними этими болями въ поврежденныхъ частяхъ, и мы будемъ имѣть дѣло съ „мѣстнымъ травматическимъ неврозомъ“ Strümpell'я. Möbius со-

вершенно справедливо отмѣтилъ еще въ 1891 году, что такого рода мѣстныя заболѣванія послѣ физическаго повреждения опредѣленной части тѣла (удара, ушиба, прижатія кисти руки, стопы ноги, спины, крестца, какого-либо сустава и т. п.) могутъ быть причисляемы къ неврозамъ только съ большими оговорками, такъ какъ всегда возможно, что въ такихъ случаяхъ все-таки существуетъ у этихъ болей органическая основа, только неуловимая для нашихъ современныхъ методовъ изслѣдованія. И поэтому то и предлагалъ Möbius причислять подобные мѣстные неврозы къ общей массѣ Unfallnervenkrankheiten, а не къ части ихъ, неврозамъ послѣ травмъ. Какъ бы то ни было, на практикѣ боли въ пораженныхъ травмой частяхъ тѣла занимаютъ обычно видное мѣсто среди жалобъ невротиковъ вслѣдствіе травмъ и, хотя часто никакихъ анатомическихъ поврежденій не удается открыть не только при осмотрѣ и ощупываніи, но и при рентгенографическомъ изслѣдованіи, боли эти могутъ весьма упорно держаться, не поддаваясь никакому лѣченію (см. ниже случай prof. Weygandt'a). Эти боли часто крайне затрудняютъ пользованіе больного даннымъ членомъ. Онъ не можетъ передвигать больную ногу при ходьбѣ, двигать поврежденной рукой—получается псевдопараличъ (Bruns); при ушибѣ и боляхъ груди больной не можетъ дышать, при травмѣ крестца—разогнуться и т. п. Боли вызываютъ чрезмѣрную осторожность больного при опредѣленныхъ движеніяхъ, сопряженныхъ съ работой его, даже могутъ вызвать вообще вынужденное бездѣйствіе больного и тѣмъ даютъ крайне благопріятную почву для развитія у него различныхъ ипохондрическихъ идей. Не удивительно поэтому, что мѣстные неврозы, даже первоначально незначительные сами по себѣ, могутъ переходить постепенно въ болѣе общіе неврозы, особенно часто въ травматическую истерію и даже въ тяжелыя формы общаго „травматическаго невроза" въ строгомъ смыслѣ слова. Гипотеза Oppenheim'a о переходѣ „сотрясенія" периферической части на спинной, а затѣмъ и головной мозгъ

даетъ достаточное объясненіе для тѣхъ случаевъ, гдѣ самыя боли не особенно рѣзки и, повидимому, сами по себѣ не могутъ сильно дѣйствовать на общее состояніе больныхъ. Не слѣдуетъ упускать изъ виду и того, что боли могутъ вызывать ухудшеніе болѣзни, не только вліяя на настроеніе больного и поглощая все его вниманіе въ теченіе дня, но и нарушая его отдыхъ во время сна. Получающіяся же вслѣдствіе болей безсонницы, понятно, могутъ крайне рѣзко разстраивать общее состояніе больного. Но не только мѣстныя формы неврозовъ вслѣдствіе несчастныхъ случаевъ могутъ сопровождаться болями. Жалобы на нихъ часто приходится слышать и при общихъ неврозахъ вслѣдствіе травмъ, причемъ, если была физическая травма опредѣленной части тѣла, эти боли могутъ какъ разъ тамъ только и сосредоточиваться.

Боли могутъ наблюдаться и при отсутствіи физическихъ травмъ, но, конечно, въ болѣе слабой степени и менѣе точно локализированныя. Болѣзненныя ощущенія всего чаще выражаются въ такихъ случаяхъ упорными головными болями. Но и помимо того—болѣзненныя головокруженія при движеніяхъ, диспептическія разстройства, различныя парэстезіи принадлежатъ къ почти постояннымъ симптомамъ травматическаго невроза. При развившейся уже ипохондріи эти жалобы на различныя неправильныя ощущенія могутъ представляться даже совершенно чудовищно-нелѣпыми. Sachs (1909) привелъ нѣсколько примѣровъ этого рода, которые показываютъ, что ипохондрико-неврастеники послѣ травмъ часто, внимательно прислушиваясь къ процессамъ своего организма, подмѣчаютъ, какъ болѣзненныя и мучительныя для себя, такія явленія, которыя на самомъ дѣлѣ являются вполнѣ нормальными. Такъ одинъ подобный больной жаловался, что, когда онъ смотритъ издали на таблицу буквъ для изслѣдованія зрительной способности, онъ можетъ видѣть буквы то ясно, то неясно, устанавливая глаза по своему желанію. И эту вполнѣ нормальную способность произвольной конвергенціи и аккомодаціи боль-

кой, подмѣтивъ ее только послѣ несчастнаго случая, считалъ единственнымъ, но тѣмъ не менѣе сильно безпокоившимъ его болѣзненнымъ послѣдствіемъ этого случая. Другой больной жаловался, что онъ имѣетъ дефекацію только одинъ разъ въ день, между тѣмъ какъ всѣ нормальные люди, по его мнѣнію, должны имѣть ее до 3 разъ на день. Къ этимъ наблюденіямъ Sachs'а можно прибавить иногда встрѣчающіяся жалобы больныхъ на то, что у нихъ совсѣмъ не работаетъ сердце, такъ какъ они не слышатъ, какъ это и подобаетъ при здоровомъ сердцѣ, его толчковъ. Эти неврастеническія и ипохондрическія ощущенія, какъ они иногда ни являются мало обоснованными на посторонній взглядъ, не могутъ быть совершенно игнорируемы экспертомъ только на томъ основаніи, что они исключительно психическаго происхожденія, что они только проявленія простой „мнительности" больного. Это особенно важно отмѣтить, такъ какъ всѣ подобныя субъективныя жалобы на ощущенія, не столько болевыя, сколько болѣзненно безпокоящія больного—головокруженія при движеніяхъ, ощущенія преходящей или постоянной слабости во всемъ тѣлѣ, шумы въ ушахъ, искры и потемнѣнія въ глазахъ, слабость зрѣнія, диспептическія явленія, и т. п. неврастеническія явленія, принадлежащія къ почти постояннымъ симптомамъ неврозовъ послѣ травмъ, могутъ вызывать вторичныя разстройства, напр. диспептическая тяжесть подъ ложечкой —воздержаніе отъ ѣды и похуданіе, ощущеніе головокруженія при движеніяхъ—вынужденный постоянный покой больного со всѣми его послѣдствіями для общаго состоянія и т. д. А между тѣмъ неблагопріятное дѣйствіе на психику больного такихъ ощущеній можетъ еще болѣе усиливаться тѣмъ недовѣріемъ, которое часто встрѣчаютъ эти проявленія „мнительности" со стороны окружающихъ, иногда и врача, на помощь котораго въ борьбѣ съ этими тяжелыми переживаніями больной въ правѣ былъ бы разсчитывать. Такое недовѣріе, по мнѣнію Oppenheim'а (1905)' можетъ вести къ крайне неблагопріятнымъ послѣдствіямъ для больного, ухудшая общее состояніе его.

Симптомы неврозовъ, получаемые объективнымъ изслѣдованіемъ.

Подобныя субъективныя — болевыя и парэстетическія — ощущенія встрѣчаются почти во всякомъ случаѣ неврозовъ вслѣдствіе несч. сл. Въ рядѣ ихъ, гл. обр. въ психическихъ формахъ, при „травматическомъ неврозѣ" въ собственномъ смыслѣ слова, вся клиническая картина можетъ исчерпываться именно только этими субъективными неврастеническими и ипохондрическими жалобами. Обычно же онѣ сопровождаются и другими симптомами, уже доступными не только самонаблюденію больного, но и наблюденію посторонними. Эти явленія принадлежатъ или къ симптомамъ неврастеніи или къ симптомамъ истеріи.

Неврастеническіе симптомы при неврозахъ вслѣдствіе несчастныхъ случаевъ крайне разнообразны. О головныхъ боляхъ, головокруженіяхъ, безсонницѣ, общей двигательной слабости, отсутствіи аппетита уже говорилось выше. Но кромѣ нихъ наблюдаются и другія неврастеническія разстройства, ненормальная раздражительность самыхъ различныхъ отдѣловъ нервной системы и ненормальная истощаемость ихъ. Едва ли въ виду общеизвѣстности картины неврастеніи есть надобность подробно излагать всѣ симптомы ея. Но необходимо упомянуть, что ощущенія больныхъ неврастеніей, зависящія отъ раздражительной слабости нервной системы, иногда трудно разграничить отъ чисто ипохондрическихъ ощущеній, принадлежащихъ исключительно психическому разстройству. Таковы ощущенія, исходящія изъ самыхъ разнообразныхъ частей тѣла и внутреннихъ органовъ его—боли въ рукахъ, ногахъ при движеніяхъ, различныя парэстезіи, „скованность", „стянутость" въ спинѣ и ногахъ до пальцевъ ихъ, отмѣчавшіяся еще при Railway-spine'ахъ, разнообразныя явленія сердечной, желудочной и кишечной неврастеніи, церебральныя явленія — головная боль, головокруженія, ощущенія сдавленія въ головѣ, приливовъ къ ней и лицу, потемнѣній и искръ въ глазахъ и

т. п. (со стороны чувствительной сферы), чрезмѣрная утомляемость, слабость при движеніяхъ, общая немощность при ходьбѣ (со стороны двигательной сферы). Одинъ больной можетъ довольно порядочно ходить, но очень быстро устаетъ; другой ходитъ только очень медленно, еле передвигаетъ ноги, и то опираясь на что-нибудь; жалуется при ходьбѣ на боли въ ногахъ, крестцѣ, держитъ поэтому руки очень характернымъ образомъ на поясничной области и т. под. При этомъ, какъ вообще у неврастениковъ, всѣ движенія больного могутъ сопровождаться рѣзко выраженнымъ дрожаніемъ въ конечностяхъ. Сухожильные рефлексы обычно повышены, питаніе мышцъ и электрическая возбудимость обычно нормальны. Со стороны внутреннихъ органовъ точно также можетъ наблюдаться рядъ явленій раздражительной слабости. Со стороны пищеварительныхъ органовъ капризный, чрезмѣрно повышенный „волчій“ аппетитъ, то, чаще, отсутствіе всякаго аппетита, то запоры, то поносы—явленія, которыя могутъ въ корнѣ подтачивать физическое здоровье больного. Сексуальная сфера тоже можетъ принимать участіе, обнаруживая цѣлый рядъ разнообразныхъ неврастеническихъ разстройствъ. Еще Erichsen отмѣчалъ у своихъ больныхъ пониженіе libidinis sexualis, чтó стоитъ въ прямой связи съ пониженнымъ вообще самочувствіемъ неврастеника вслѣдствіе несчастнаго случая. Но особеннаго вниманія у неврастениковъ послѣ несч. случаевъ, конечно, заслуживаютъ явленія сердечно-сосудистой неврастеніи, какъ выраженіе перенесеннаго эмоціональнымъ, именно сосудистымъ аппаратомъ эмоціональнаго потрясенія въ моментъ несчастнаго случая. Эти явленія могутъ достигать такой степени, что разграничить эти функціональныя разстройства отъ несомнѣнно органическимъ въ нѣкоторыхъ случаяхъ почти совершенно невозможно. Сюда можно причислить тотъ симптомъ, который весьма часто устанавливается послѣ травмъ разнаго рода и который часто, при отсутствіи физической травмы, можетъ быть объясняемъ лишь разстройствомъ кровообращенія въ продолговатомъ мозгу. Этотъ

симптомъ—появленіе сахара въ мочѣ, которое въ нѣкоторыхъ случаяхъ можетъ служить почти единственнымъ симптомомъ болѣзни. Въ случаѣ Ebstein'a, о которомъ подробнѣй придется говорить ниже, мелиттурія существовала стойко въ теченіе нѣсколькихъ лѣтъ послѣ несчастнаго случая, что могло указывать на вѣроятность даже органическихъ измѣненій въ соотвѣтственныхъ отдѣлахъ головного мозга. Въ другихъ же случаяхъ этотъ симптомъ можетъ быть болѣе или менѣе скоропреходящимъ, и слѣд. объясненіе ему приходится искать въ игрѣ вазомоторовъ, которые у неврастениковъ послѣ несч. сл. принимаютъ участіе въ общемъ разстройствѣ сосудисто-сердечнаго аппарата. Точно также и другіе вазомоторные симптомы могутъ не только являться постоянными и стойкими у „травматическихъ невротиковъ“, но и наблюдаться въ качествѣ колеблющихся неврастеническихъ разстройствъ у больныхъ съ болѣе или менѣе чистой формой „травматической неврастеніи“. Сюда относятся мучительныя ощущенія сердцебіеній послѣ малѣйшихъ усилій и особенно волненій, приливы къ лицу, обнаруживаемые то покраснѣніемъ, то рѣзкимъ поблѣднѣніемъ его, ощущеніе спазма вазомоторовъ на конечностяхъ, объективно констатируемое похолоданіе стопъ или кистей рукъ, усиленная потливость ихъ же или всего тѣла и т. п.

Въ смѣшанной формѣ неврозовъ вслѣдствіе несчастныхъ случаевъ, при „травматическомъ неврозѣ“ въ собственномъ смыслѣ слова, эти сердечно-сосудистыя явленія занимаютъ крайне выдающееся мѣсто. Они могутъ достигать настолько рѣзкихъ степеней, что постепенно принимаютъ характеръ весьма стойкихъ и упорно подтачивающихъ здоровье больного симптомовъ. Неврастенія сердца можетъ обнаруживаться рѣзкой тахикардіей, одышкой при самыхъ малѣйшихъ усиліяхъ больного и совершенно устранять возможность для больного заняться какой-либо работой, особ. если работа сопряжена съ какими либо волнующими его эмоціональными переживаніями. Аритміи пульса

и прочіе симптомы сердечныхъ неврозовъ точно также принадлежатъ къ картинѣ болѣзни „травматическаго невроза“. Сердечно-сосудистый аппаратъ находится у „травматическихъ невротиковъ“ въ настолько рѣзко выраженномъ состояніи неврастенической раздражительной слабости, что ускореніе сердечной дѣятельности и другія вазомоторныя явленія могутъ быть вызваны самыми незначительными раздраженіями кожи (симптомъ Mannkopf'а, получившій весьма тщательную разработку въ многочисленныхъ работахъ акад. В. М. Бехтерева). Сердечно-сосудистыя разстройства послѣ несчастныхъ случаевъ заслуживаютъ громаднаго вниманія, такъ какъ эти функціональныя явленія, согласно многимъ авторамъ, легко могутъ переходить въ стойкія органическія разстройства—расширеніе сердца, гипертрофію желудочковъ и, особенно, артеріосклерозъ сосудовъ—и периферическихъ и черепныхъ и самого сердца,—что́, понятно, крайне ухудшаетъ состояніе больныхъ травматическимъ неврозомъ и крайне неблагопріятно отражается на прогнозѣ этихъ заболѣваній, какъ бы незначительны не казались они въ своемъ началѣ. И потому то мы и считали необходимымъ нѣсколько подробнѣй остановиться именно на явленіяхъ сердечно-сосудистой неврастеніи.

Истерическія явленія при неврозахъ вслѣдствіе несчастныхъ случаевъ, и при „травматическомъ неврозѣ“ въ частности такъ же разнообразны, какъ разнообразны проявленія самой истеріи. Всего чаще они обнаруживаются въ сферѣ чувствительной. Уже выше было указано на работы англійскихъ и нѣмецкихъ авторовъ (Wilks'а, Walton'а, Putnam'а, Thomsen'а и Oppenheim'а), описавшихъ въ 1883—1884 году истерическія анэстезіи у травматическихъ невротиковъ. Характерной особенностью вообще анэстезій у этихъ больныхъ служитъ, что онѣ особенно часто встрѣчаются послѣ тѣлесныхъ поврежденій, часто ограничиваются одной стороной тѣла, гдѣ были эти поврежденія, и притомъ захватываютъ и высшіе сенсорные аппараты—зрѣніе, слухъ, обоняніе и вкусъ. При этомъ противоположная сторона остается часто

совершенно свободной и отъ кожной анестезіи, и отъ нарушенія функціи органовъ высшихъ чувствъ. Въ другихъ случаяхъ, тоже послѣ поврежденій, анэстезія можетъ захватить только отдѣльную конечность, даже часть ея, напр., всю руку книзу отъ локтя, кисть, всю ногу отъ колѣна до подошвы, одну стопу и т. п. Границы такой анэстезіи, будетъ ли она захватывать половину тѣла, конечность или часть ея, обыкновенно очень рѣзко очерчены. Онѣ идутъ точно по средней линіи туловища и головы, въ видѣ верхнихъ круговыхъ границъ по суставамъ—напр., на плечѣ обычно по верхней границѣ дельтовидной мышцы, на ногѣ обычно по пупартовой связкѣ спереди и по верхнему краю ягодичныхъ мышцъ сзади. Въ третьихъ случаяхъ, главнымъ образомъ при отсутствіи строго локализованныхъ мѣстныхъ поврежденій, анэстезіи могутъ распространяться по всей кожѣ больного. Если эта анэстезія болевая, то больной можетъ совершенно не ощущать даже глубокихъ, почти до крови уколовъ булавкой. Даже крайне болѣзненные, невыносимые для здороваго фарадическіе токи онъ можетъ переносить безъ малѣйшей реакціи. Больше того, описаны случаи травматическихъ неврозовъ, главнымъ образомъ, послѣ желѣзнодорожныхъ катастрофъ, когда больные переносили безъ всякихъ болѣзненныхъ ощущеній тяжелыя операціи вплоть до ампутацій конечностей *безъ примѣненія наркоза*, слѣдовательно, при полномъ сознаніи самой операціи (Völker, Bälz, Finucane и др). Кромѣ отсутствія болевой чувствительности, часто наблюдаются разстройства и другихъ видовъ кожной (осязательной, температурной и т. д.). Сенсорныя анэстезіи обнаруживаются, главнымъ образомъ, со стороны зрѣнія—уменьшеніемъ остроты его, суженіемъ поля зрѣнія, иногда только на опредѣленные цвѣта—особенно часто на красный и синій. Слухъ часто понижается на одной или обѣихъ сторонахъ; обоняніе часто ослаблено, иногда очень рѣзко; вкусъ часто пониженъ настолько, что хининъ, уксусъ и другія сильно дѣйствующія вещества совершенно не узнаются боль-

нымъ. Въ другихъ случаяхъ приходится наблюдать у травматическихъ невротиковъ, наоборотъ, явленія сенсорнаго раздраженія — различныя свѣтовыя явленія въ глазахъ (искры, точки), шумъ въ ушахъ, необыкновенную чувствительность органовъ чувствъ къ слабымъ раздраженіямъ и т. п. Точно такія же явленія раздраженія могутъ наблюдаться и въ области кожной чувствительности. Сюда принадлежитъ тотъ симптомъ, несомнѣнно истерическаго происхожденія, который прежде носилъ названіе irritatio spinalis и такъ смущалъ Erichsen'а, именно—рѣзкая гиперэстезія кожи въ области главнымъ образомъ позвоночника, выражающаяся необыкновенной чувствительностью кожи къ давленію, особенно незначительному, тогда какъ глубокое, съ силой надавливанье на болѣзненное мѣсто часто совершенно не вызываетъ никакихъ болевыхъ ощущеній. Такая же гиперэстезія можетъ наблюдаться и въ другихъ мѣстахъ, особенно потерпѣвшихъ физическое поврежденіе. Симптомъ Brodie—болѣзненность кожи надъ суставомъ, при отсутствіи болей въ самомъ суставѣ, точно также принадлежитъ сюда.

Что касается двигательной сферы, то въ ней тоже наблюдаются и явленія выпаденія—парезы, вплоть до параличей, и явленія раздраженія—дрожанія, судороги, и клоническія и тоническія. Параличи или парезы носятъ на себѣ, какъ и анэстезіи, всѣ признаки психогеннаго, именно истерическаго происхожденія. Такъ заслуживаетъ вниманія ихъ распредѣленіе по суставамъ. Напр., оказываются парализованными всѣ движенія кисти при сохраненіи движеній въ предплечьѣ и локтѣ, чего не можетъ получиться ни при какомъ органическомъ пораженіи нервной системы. Затѣмъ эти истерическіе параличи, какъ и анэстезіи, а также боли и ниже упоминаемое дрожаніе почти всегда развиваются въ ясной связи съ мѣстомъ тѣлеснаго поврежденія. Напр., послѣ ушиба кисти—параличъ только этой кисти. Но весьма часто такіе параличи захватываютъ и область гораздо шире, чѣмъ подвергшаяся удару. Такъ,

послѣ ушиба плеча, даже только одной кисти, можетъ образоваться параличъ и потерпѣвшей конечности и, кромѣ того, всей соотвѣтственной половины тѣла, включая одноименную ногу. Изъ явленій раздраженія заслуживаютъ упоминанія истерическія стойкія контрактуры мышцъ, составляющія нерѣдкое явленіе при травматическомъ неврозѣ. Параличи часто сопровождаются ими, хотя иногда, наоборотъ, при параличахъ мышцы сохраняютъ или вполнѣ нормальное напряженіе, или обнаруживаютъ даже пониженіе его. Кромѣ тоническихъ судорогъ наблюдаются часто и клоническія. Если онѣ обнаруживаются въ одной какой-нибудь конечности, не заходятъ за предѣлы ея и не сопровождаются потерей сознанія, ихъ приходится относить скорѣе къ истерическимъ симптомамъ. Но иногда при травматическомъ неврозѣ могутъ развиваться и эпилептиформные припадки, припадки общихъ судорогъ, даже съ потерей сознанія. Объясненіе такимъ припадкамъ приходится искать, помимо истеріи, или въ рефлекторной эпилепсіи Oppenheim'а, или въ генуинной эпилепсіи, разбуженной, такъ сказать, травмой, или же, если возможно допустить физическую травму черепа, даже относить къ органическимъ поврежденіямъ головного мозга, главнымъ образомъ около центральныхъ извилинъ его.

Таковы неврастеническія и истерическія субъективныя и объективныя явленія, которыя наблюдаются при типичныхъ неврозахъ вслѣдствіе несч. сл., а слѣд. и при той смѣшанной формѣ ихъ, которая носитъ названіе „травматическаго невроза“ въ собственномъ смыслѣ слова и въ которой, какъ въ невропсихозѣ, всегда обнаруживается кромѣ этихъ нервныхъ явленій значительная примѣсь психическихъ симптомовъ. Въ иныхъ случаяхъ могутъ оказаться налицо лишь субъективные нервные симптомы, безъ объективныхъ и центръ тяжести болѣзни, минуя внѣшнія проявленія ея, можетъ перенестись на исключительно субъективныя нервныя послѣдствія несчастнаго случая. Въ другихъ случаяхъ можетъ не оказаться вообще никакихъ

нервныхъ симптомовъ: — невропсихозъ можетъ сказаться исключительно психическими явленіями. И если эти явленія достигнутъ степени ясно выраженнаго психоза, болѣзнь придется уже трактовать не какъ „травматическій неврозъ“, а какъ „травматическій психозъ“, останавливаться на которомъ подробно въ работѣ о неврозахъ мы не можемъ.

Но важно подчеркнуть, что помимо нервныхъ симптомовъ въ картинѣ „травматическаго невроза“ въ соб. смыслѣ слова играютъ значительную роль и явленія со стороны психической сферы; въ случаяхъ же, гдѣ матерьяльныхъ поврежденій не было, гдѣ была, слѣдовательно, лишь чистая психическая травма, эти психическія явленія идутъ „въ первой линіи“, какъ выражается Oppenheim (Lehrb. 1905 S. 1167), и при томъ часто не сопровождаясь какими-либо иными. Болѣзнь въ этомъ случаѣ съ самаго начала какъ разъ и обнаруживается только психическими симптомами. Если въ дальнѣйшемъ теченіи или, при физическихъ поврежденіяхъ, одновременно и развиваются другія нервныя явленія, психическіе симптомы всетаки все время составляютъ основу остального симптомокомплекса, такъ сказать, душу болѣзни, тѣло которой создается явленіями со стороны нервной системы.

Психическія явленія при неврозахъ вслѣдствіе несч. сл.

Эти психическія явленія при травматическомъ неврозѣ часто неполно излагаются въ учебникахъ невропатологіи и потому сравнительно мало принимаются во вниманіе экспертами-неспеціалистами, мало знакомыми съ психіатріей. Едва ли, однако, это цѣлесообразно. Уже указано было, что Rigler (см. стр. 36) находилъ у своихъ больныхъ симуляцію всякій разъ, какъ не находилъ у нихъ симптомовъ органическаго страданія, именно міэлита. Современнаго эксперта спасаетъ отъ такой грубой ошибки пониманіе сущности этой болѣзни, какъ функціональной. Но су-

ществуютъ и другія опасности ошибочно опредѣлить симуляцію тамъ, гдѣ о ней никакой рѣчи и быть не можетъ. И эта опасность прежде всего заключается въ недооцѣнкѣ психическихъ явленій при травматическомъ неврозѣ. По словамъ Oppenheim'a (op. cit. S. 1176), „именно то обстоятельство, что приступали въ прежнее время къ изслѣдованію травматическихъ больныхъ безъ надлежащей психіатрической подготовки (упуская, слѣдовательно, изъ виду сущность травматическаго невроза), и служило какъ разъ причиной того, что раньше преувеличивали частоту симуляцій при этой болѣзни". Это заявленіе о важности психіатрическихъ знаній для діагноза травматическаго невроза особенно поучительно слышать не отъ психіатра, который, можетъ показаться, переоцѣниваетъ значеніе своей спеціальности, а отъ такого чистаго невропатолога, какъ проф. Oppenheim, отстаивающій изъ принципіальныхъ соображеній полное отдѣленіе невропатологіи отъ психіатріи. И Oppenheim несомнѣнно правъ, указывая невропатологамъ на необходимость психіатрической подготовки для сужденья о травматическомъ неврозѣ. Несмотря на „горячую погоню за объективными признаками травматическаго невроза" (Kraepelin 1905), эти объективные признаки со стороны нервной системы, какъ мы увидимъ ниже, не всегда могутъ выручить эксперта въ затруднительныхъ случаяхъ. Кромѣ того иногда бываетъ, что у больного этихъ „объективныхъ" признаковъ какъ разъ и не удается обнаружить, и слѣдовательно вся экспертиза должна опираться исключительно на психическія явленія. Въ виду этого при изложеніи картины травматическаго невроза мы нѣсколько подробнѣе остановимся на его психическихъ симптомахъ.

Первыя болѣзненныя явленія при травматическомъ неврозѣ какъ отмѣчалъ уже Erichsen (см. стр. 110) рѣдко обнаруживаются тотчасъ же вслѣдъ за вызвавшимъ его несчастнымъ случаемъ. Если же это случается, то больше вѣроятія, что дѣло идетъ не столько о травматическомъ неврозѣ въ тѣсномъ смыслѣ слова, сколько о травматической истеріи.

Обычно же картина болѣзни съ психическими явленіями „въ первой линіи“ развивается спустя нѣкоторое время—черезъ нѣсколько дней, недѣль, иногда даже мѣсяцевъ послѣ вызвавшаго ея несчастія. Весьма изящное и сжатое описаніе этихъ психическихъ симптомовъ, хотя не всѣхъ, и развитія ихъ послѣ травмы, однако не чисто психической, а, чтó чаще, сопряженной съ физическими поврежденіями, даетъ Strümpell. „Характернымъ обстоятельствомъ является то, что послѣ полнаго исчезновенія всѣхъ начальныхъ матерьяльныхъ послѣдствій несчастнаго случая, не наступаетъ, какъ бы слѣдовало ожидать, полнаго выздоровленія [1]). Больной поправляется, пробуетъ вставать; улучшеніе достигаетъ опредѣленной степени, но несмотря на то, остается рядъ симптомовъ, которые не исчезаютъ и въ дальнѣйшемъ ограничиваютъ работоспособность потерпѣвшаго или даже совершенно уничтожаютъ ее. Если изслѣдовать больного въ это время, не удается обнаружить никакихъ признаковъ болѣе грубыхъ поврежденій ни въ нервной системѣ, ни въ какомъ-либо иномъ внутреннемъ органѣ. Но что сразу бросается въ глаза, это—*своеобразное измѣненіе психики* [2]). Больные *печально настроены*, угрюмы, мрачны, *не могутъ ничѣмъ заняться, совершенно потеряли всякую энергію*, не находятъ болѣе никакого удовольствія въ общеніи съ семейными и со знакомыми. Они поглощены все время мыслями о перенесенномъ несчастномъ случаѣ и его возможныхъ послѣдствіяхъ. Весьма часто печальное и вялое, апатичное настроеніе больныхъ отражается во всемъ ихъ внѣшнемъ видѣ, главнымъ образомъ, въ выраженіи лица. Часто опытный наблюдатель можетъ такого „больного вслѣдствіе несчастнаго случая“ отличить

---

[1]) Конечно, здѣсь Strümpell имѣетъ въ виду такіе случаи, гдѣ дѣло шло болѣе о психической травмѣ и, если была физическая, то не настолько сильная, чтобы вызвать стойкое органическое нервное заболѣваніе.

[2]) Здѣсь, какъ и во всей этой цитатѣ, курсивъ принадлежитъ самому Strümpell'ю.

уже съ перваго взгляда“. Весьма наглядная фотографія такого именно случая больного травматическимъ неврозомъ съ характернымъ оцѣпенѣло-изумленнымъ выраженіемъ лица иллюстрируетъ это мѣсто въ Lehrbuch Strümpell'я (16 Auflage, 1907, Th. II, S. 792). Oppenheim въ своемъ учебникѣ болѣе кратокъ въ описаніи психическаго состоянія у травматическихъ невротиковъ. Именно, у него находимъ только упоминаніе о „ипохондрически-меланхолическомъ настроеніи, которое часто уже ясно сказывается въ выраженіи лица и поведеніи больного. Больной все время находится во власти печальныхъ мыслей касательно пережитаго имъ несчастнаго случая, его болѣзни и его „безнадежнаго“, какъ больному кажется, положенія“. Но зато Oppenheim дополняетъ описаніе Strümpell'я указаніемъ еще нѣкоторыхъ другихъ психическихъ особенностей этихъ больныхъ, именно, онъ отмѣчаетъ ненормальную впечатлительность и возбудимость такихъ больныхъ: „при малѣйшемъ поводѣ—(прибавимъ отъ себя, главнымъ образомъ, при разговорѣ о несчастномъ случаѣ и вызванной имъ болѣзни)—у него на глазахъ появляются слезы, и больной можетъ вести себя въ такихъ случаяхъ, какъ слабонервная женщина. Весьма часты у такихъ больныхъ жалобы на тоскливое состояніе, безпокойство, пугливость; иногда дѣло доходитъ даже до рѣзкихъ приступовъ интенсивной тоски, даже, что̀ случается рѣже, до бредовыхъ состояній съ галлюцинаціями“. Точно также Oppenheim отмѣчаетъ и явленія со стороны интеллектуальной сферы больныхъ. „Часто больные жалуются на ослабленіе памяти. Въ остальномъ интеллектъ въ большинствѣ случаевъ не представляетъ измѣненій; но самонаблюденіе, самоуглубленіе вызываетъ у больного притупленіе интереса къ окружающему, апатію, которая можетъ быть принята за интеллектуальную слабость. Прогрессирующая дементность наблюдалась въ крайне рѣдкихъ случаяхъ“.

Такъ описываютъ невропатологи психическія явленія при травматическомъ неврозѣ. Но вѣдь, какъ сказано уже, эти психическія явленія представляютъ мостъ, который со-

единяетъ травматическіе неврозы съ травматическими психозами (Oppenheim). Потому то они и были весьма тщательно изучены психіатрами и, если на основаніи ихъ самъ травматическій неврозъ не былъ причисленъ къ чистымъ психозамъ, а лишь къ „психическимъ неврозамъ“ (Kraepelin, Auflage 1904), или къ „конституціональнымъ психическимъ разстройствамъ“ (С. С. Корсаковъ. Курсъ психіатріи, т. II, стр. 1059, 1901 г.), то это все-таки не помѣшало тому, чтобы этотъ „неврозъ“ подробно разбирался въ курсахъ по психіатріи, гдѣ онъ помѣщается у Kraepelin'а рядомъ съ другими „психическими неврозами“—„истерическимъ помѣшательствомъ“ и „психозами отъ ожиданія“, Erwartungsneurose'ами, а у С. С. Корсакова рядомъ съ другимъ „конституціональнымъ психическимъ разстройствомъ послѣ травмъ“ именно съ „травматической дегенераціей“.

Въ общемъ надо сказать, что невропатологи особенно обязаны психіатрамъ выясненіемъ тѣхъ психическихъ явленій у травматическихъ невротиковъ, которыя обусловливаются разстройствомъ у нихъ волевой дѣятельности и которыя, ускользая изъ области невропатологіи по своей психической натурѣ, вообще очень тщательно и подробно наблюдаются и изучаются психіатрами при самыхъ разнообразныхъ психозахъ.

Мы приведемъ весьма обстоятельное описаніе психическихъ явленій при этомъ своеобразномъ психозѣ, которому дается названіе „Schreckneurose“ „невроза отъ испуга“—самого автора этого названія, проф. Kraepelin'а (Kraepelin, Lehrbuch der Psychiatrie, 7 Auflage 1904 г., S. 721). Въ немъ нашимъ курсивомъ мы подчеркнемъ указанія на волевыя разстройства, которыя мало освѣщены и у Strümpell'я и у Oppenheim'а. „У здороваго до тѣхъ поръ человѣка, вслѣдъ за несчастнымъ случаемъ, который иногда можетъ вызвать болѣе или менѣе скоропроходящую потерю сознанія, развивается крайне медленно, недѣлями, даже мѣсяцами, состояніе, которое выражается со стороны психики печальнымъ настроеніемъ съ тревожными опасеніями раз-

наго рода, съ пониженіемъ физической и психической сопротивляемости (внѣшнимъ вліяніемъ), и затѣмъ *неспособностью къ какому-либо мало-мальски серьезному усилію*. Больные тихи, подавлены чѣмъ-то, очень медленно соображаютъ, проявляютъ очень мало вниманія къ происходящему кругомъ ихъ, подолгу всецѣло погружаются въ угнетающія ихъ размышленія. Вслѣдствіе этого мысли ихъ большею частью необыкновенно однообразны и неповоротливы, вертятся, главнымъ образомъ, около ихъ несчастнаго случая, о которомъ они иногда разсказываютъ очень картинно. Въ отдѣльныхъ случаяхъ наблюдаются ясно выраженныя навязчивыя мысли, боязнь площадей, болѣзненное мудрствованіе (Grübelsucht). Въ большинствѣ случаевъ, однако, на первый планъ выступаютъ ипохондрическія жалобы. Больные всецѣло находятся подъ впечатлѣніемъ перенесеннаго несчастнаго случая, не могутъ освободиться отъ этого впечатлѣнія и чувствуютъ, что ихъ здоровье крайне тяжело пошатнулось вслѣдствіе этого несчастья. Они стали „совсѣмъ другими, чѣмъ прежде“, чувствуютъ себя усталыми, слабыми, „тоску на душѣ“, *не могутъ больше работать* и наблюдаютъ съ мучительнымъ вниманіемъ всѣ процессы въ ихъ организмѣ, которые, по ихъ мнѣнію, находятся въ зависимости отъ ихъ страданія. Въ отношеніи эмоцій они крайне возбудимы, необыкновенно легко смущаются и обнаруживаютъ замѣшательство, часто (благодаря этому) выражаются несвязно и чувствуютъ, какъ *имъ подолгу мѣшаетъ думать* и *дѣйствовать ихъ ощущенье внутренняго стѣсненія и безпокойства*. Тоскливое состояніе иногда можетъ усиливаться до болѣе сильныхъ вспышекъ, которыя иногда даже ведутъ къ самоубійству. Больные жалуются на плохую память, обнаруживаютъ нѣкоторую растерянность и забывчивость. Въ состояніи возбужденія больные иногда не могутъ правильно говорить о самыхъ простыхъ вещахъ,—позднѣй обнаруживается, что здѣсь шло дѣло о нѣкотораго рода отсутств и сознанія, вслѣдствіе душевнаго волненія. *Работоспособность больныхъ весьма замѣтно уменьшена или даже отсутствуетъ*

вслѣдствіе ихъ ипохондрическаго *отсутствія воли* и различныхъ многочисленныхъ нервныхъ болѣзненныхъ ощущеній. Какъ правило, налицо *необыкновенная утомляемость*, *больные спустя уже короткое время теряютъ силы, становятся неловкими, запинаются*, дѣлаютъ ошибки въ самыхъ простыхъ задачахъ, вслѣдствіе напряженныхъ усилій обнаруживаютъ приливы къ головѣ, сердцебіенья, приступы пота. Мы могли,—заявляетъ Kraepelin,—при посредствѣ систематическаго изслѣдованія умственной продуктивности [1]) доказать *пониженіе работоспособности* и *чрезвычайную утомляемость*". Кромѣ этихъ явленій при травматическомъ неврозѣ Kraepelin наблюдалъ т. наз. „сумеречныя состоянія" (свойственныя истеріи) и острыя возбужденья съ галлюцинаціями (которыя отмѣчаетъ и Oppenheim) и крайне рѣдко—„только при физическихъ травмахъ головы", подчеркиваетъ самъ Kraepelin, явленія выраженнаго слабоумія. Но всѣ эти явленія и „сумеречныя состоянія", и состоянія возбужденія съ галлюцинаціями, и особенно слабоуміе—не столько принадлежитъ картинѣ болѣзни собственно травматическаго невроза, сколько травматическихъ психозовъ, которыхъ мы не можемъ здѣсь касаться болѣе подробно.

Таковы психическія явленія травматическаго невроза. Они не только слѣдуютъ за травмой, но вызываются ею, представляютъ реакцію психики на несчастный случай. Въ тѣхъ случаяхъ, когда къ этимъ психическимъ симптомамъ присоединяются описанные выше симптомы со стороны нервной системы, именно симптомы неврозовъ—истеріи или неврастеніи или обоихъ этихъ неврозовъ вмѣстѣ, реакція на несчастный случай, Unfallreaction (Windscheid 1907), захватываетъ кромѣ психики и прочія, низшія функціи: сенсорную, моторную, чувствительную, рефлекторную и п. Но и въ такихъ случаяхъ психическіе симптомы занимаютъ всетаки доминирующее мѣсто въ картинѣ трав-

---

[1]) Объ этомъ подробнѣе будетъ рѣчь ниже.

матическаго невроза. Они налагаютъ характерную печать на весь симптомокомплексъ и даютъ ему ту своеобразную окраску, о которой говорилось выше. Эти психическія разстройства съ психіатрической точки зрѣнія можно раздѣлить на 1) ипохондрическія (жалобы на отсутствіе памяти, ощущеніе больнымъ тяжкаго измѣненія его психическаго здоровья и главное—болѣзненное самонаблюденье больного, постоянное сосредоточенное вниманіе его на болѣзненныхъ ощущеніяхъ, исходящихъ отъ внутреннихъ органовъ и поврежденныхъ частей тѣла), на 2) меланхолическія (тоскливое напряженіе вплоть до приступовъ острой невыносимой тоски, иногда оканчивающихся самоубійствомъ) и 3) явленія общей депрессіи (подавленное настроеніе, медленность, почти неподвижность въ мысляхъ и поступкахъ). Gumpertz (1901) именно это депрессивное состояніе считаетъ специфическимъ признакомъ травматическаго невроза. Но эти депрессивно-меланхолическія состоянія при травматическомъ неврозѣ, въ отличіе отъ другихъ депрессивныхъ психозовъ, характерны тѣмъ, что наряду съ депрессіей, подавленнымъ вообще всегда настроеніемъ невротика, у него наблюдается почти постоянное же состояніе повышенной раздражимости психической сферы, болѣзненная возбудимость эмоціональнаго аппарата, въ особенности по отношенію ко всему, что напоминаетъ больному его болѣзнь и вызвавшій ее несчастный случай. У больного при разговорѣ объ его болѣзни очень легко появляются слезы, онъ начинаетъ вести себя какъ слабонервная женщина, и это аффективное возбужденіе можетъ доходить до состояній преходящей спутанности, какъ это свойственно патологическимъ аффектамъ. Какъ бы то ни было, изъ этого изложенія психическихъ симптомовъ, свойственныхъ травматическому неврозу въ собственномъ смыслѣ слова, видно, что психика больного представляется значительно *расшатанной*: больной то ненормально раздражителенъ и возбужденъ, то сейчасъ же погружается въ мрачное, подавленное настроеніе. Равновѣсіе психическихъ силъ у него рѣзко нарушено, а

слѣдовательно сопротивленіе всяческимъ внѣшнимъ и внутреннимъ вліяніямъ должно значительно понизиться. Въ самомъ дѣлѣ, наблюденья всѣхъ авторовъ показываютъ, что психика травматическаго невротика представляетъ очень чуткую почву для вторичныхъ травмъ различнаго рода. Больной вначалѣ болѣзни чувствуетъ необходимость бороться со своими ипохондрическими идеями, пытается взяться за свою обычную работу, вполнѣ справедливо полагая, что въ этой работѣ онъ могъ бы найти средство для борьбы съ обуревающими его мрачными мыслями и опасеніями за свое здоровье. Но повышенная утомляемость больного, свойственная травматическому неврозу, мѣшаетъ его работѣ,— работа его не спорится; чтобы побороть свою ослабѣвшую вслѣдствіе болѣзни волю и преодолѣть это утомленіе, онъ дѣлаетъ отчаянныя усилія, но нервная энергія его отъ этихъ усилій только еще скорѣе истощается, онъ не можетъ долго заниматься такъ, какъ дѣлалъ это прежде, онъ вынужденъ, наконецъ, въ полномъ изнеможеніи бросить свою работу, а его усталый отъ работы и этихъ напрасныхъ усилій мозгъ, испуганный этимъ „очевиднымъ" для него доказательствомъ его безпомощности, начинаетъ продуцировать еще болѣе нелѣпые страхи и опасенія, которые еще больше мѣшаютъ больному, при слѣдующихъ попыткахъ, сосредоточиться на своей работѣ. И такимъ путемъ создается крайне гибельный circulus vitiosus, который дѣлаетъ психику больного особенно ранимой для всякаго рода травмъ.

А этихъ травмъ обрушивается на него, уже больного вслѣдствіе первичной травмы—душевнаго шока во время несчастнаго случая,—очень и очень много. Если это рабочій, живущій своимъ трудомъ и слѣдовательно голодающій и самъ, и со своей семьей „такъ хорошо, какъ можетъ" (Jessen), когда онъ лишается вслѣдстіе своей болѣзни работы, то помимо психическихъ травмъ (заботъ и страховъ за самую жизнь свою и своихъ близкихъ) на него дѣйствуютъ и чисто физическія травмы—нужда, съ ея печальными аттрибутами—неимѣніемъ пропитанія, пристанища,

одежды и т. п. Немудрено, что первоначальное депрессивное, подавленно-ипохондрическое настроеніе травматическаго невротика можетъ въ такихъ случаяхъ выростать до степени настоящаго депрессивнаго психоза. Даже въ случаяхъ, когда больной застрахованъ и можетъ разсчитывать на вознагражденіе вслѣдствіе потери трудоспособности отъ виновника травмы, не всегда, какъ мы видѣли выше, дѣло стоитъ такъ благополучно, какъ можно было бы ожидать. Правда, въ тѣхъ случаяхъ, когда больной быстро получаетъ свое вознагражденіе, часто явленія болѣзни ограничиваются лишь описанной картиной и даже могутъ пройти болѣе или менѣе постепенно, иногда даже довольно быстро послѣ полученія его. Но въ большей части случаевъ судебный процессъ затягивается, нанося новыя травмы уже ослабленной нервной системѣ больного. Выступаютъ на сцену Litigation-Symptome англійскихъ авторовъ, симптомы тяжбы, о которыхъ подробно говорилось уже выше. Они къ обычнымъ неблагопріятнымъ условіямъ жизни рабочаго, лишившагося отъ болѣзни своего заработка, присоединяютъ еще новыя. Благодаря всему этому теченіе травматическаго невроза у ищущихъ вознагражденія пріобрѣтаетъ менѣе благопріятный характеръ, ихъ прогнозъ въ смыслѣ выздоровленія значительно ухудшается (Hoche 1907).

Всѣ эти вліянія были разобраны выше детально и поэтому на ихъ вредоносности не приходится здѣсь останавливаться еще разъ. Но важно отмѣтить здѣсь, что эти вліянія не только ухудшаютъ состояніе больного, отягчаютъ прогнозъ его болѣзни, но самая картина травматическаго невроза подъ вліяніемъ ихъ пріобрѣтаетъ нѣсколько иной характеръ. Ипохондрически-меланхолическое настроеніе увеличивается значительно, но не настолько, насколько выростаетъ другая часть психическихъ симптомовъ травматическаго невроза, именно явленія возбужденія, имѣющіяся хотя бы въ слабой степени во всякомъ случаѣ этой болѣзни. Постоянныя экспертизы, часто крайне разнорѣчивыя; разговоры съ больными представителей другой сто-

роны, не стѣсняющихся часто высказывать больному подозрѣнія или даже упреки въ симуляціи (Oppenheim 1904); разговоры близкихъ и знакомыхъ о подобныхъ больному потерпѣвшихъ, оставшихся безполезными калѣками на всю жизнь и т. под.—всѣ эти моменты поддерживаютъ въ больномъ состояніе постояннаго безпокойства за свое здоровье и за исходъ процесса. Больной все время больше и больше аффектируется: депрессивная апатія его все чаще и чаще нарушается вспышками болѣзненнаго возбужденія его психической, говоря точнѣй, эмоціональной сферы, и постепенно эта депрессія, подавленность можетъ отступить на задній планъ сравнительно съ этими повторными состояніями возбужденія. Депрессивно-апатическій невротикъ, съ оцѣпенѣло-изумленнымъ лицомъ, неподвижный, все время занятый своими страхами, подъ вліяніемъ судебнаго процесса постепенно превращается въ ажитированнаго больного, крайне болѣзненно реагирующаго на всѣ внѣшнія раздраженія, особ. связанныя съ вопросомъ объ исходѣ его процесса. Въ разговорахъ окружающихъ онъ необыкновенно настойчиво замѣчаетъ все то, что, по его мнѣнію, относится къ его болѣзни; онъ подозрѣваетъ намеки на его состояніе даже тогда, когда для этого нѣтъ никакихъ основаній. Ему кажется, что другіе нарочно не хотятъ признавать его болѣзненнаго состоянія, въ интересахъ его противниковъ намѣренно стараются выставить его симулянтомъ, и страстно реагируетъ на подобныя, часто воображаемыя имъ „несправедливости". Постепенно эта болѣзненная подозрительность по отношенію къ окружающимъ, особ. судьямъ и врачу, высказывающему свое мнѣніе о немъ, можетъ вырости до степени выраженной психической болѣзни, и притомъ не только такъ назыв. Paranoia quaerulans, сутяжнаго помѣшательства, но и до болѣе опасной формы, склонной къ агрессивнымъ поступкамъ больного противъ его „враговъ", формы, носящей названіе Paranoia persecutoria. Больной, по выраженію французскихъ авторовъ, становится persécuteur persécuté, „преслѣдуемымъ преслѣдователемъ," или

лучше „преслѣдователемъ, болѣзненно воображающимъ себя преслѣдуемымъ“.

Таковы психическіе симптомы травматическаго невроза, составляющіе его главную часть въ случаяхъ, когда кромѣ нихъ у больныхъ имѣются на лицо еще нервныя разстройства, и составляющія всю картину болѣзни травматическаго невроза въ нерѣдкихъ случаяхъ, когда эти нервныя явленія, покрайней мѣрѣ рѣзкія, отсутствуютъ.

Теченіе и прогнозъ неврозовъ вслѣдствіе несчастныхъ случаевъ.

Картины неврозовъ послѣ несчастныхъ случаевъ крайне разнообразны. Въ предѣлахъ между простой нервностью и ясно выраженными психозами мы встрѣчаемъ всѣ формы неврозовъ, отъ болѣе или менѣе легкой формы неврастеніи до самыхъ тяжелыхъ и упорныхъ формъ травматическаго невропсихоза, т. наз. „травматическаго невроза“. Поэтому возможно говорить только о прогнозѣ каждой отдѣльной формы невроза. Но различные авторы по разному классифицируютъ эти формы. Тѣмъ болѣе трудно классифицировать мнѣнія ихъ о прогнозѣ этихъ отдѣльныхъ формъ. Затѣмъ теченіе болѣзни, помимо предрасположенія больного къ неврозамъ вообще,которое,конечно, крайне трудно точно учесть, зависитъ весьма существенно отъ тѣхъ вторичныхъ условій, въ которыя попадаетъ больной вслѣдствіе несчастнаго случая и вызванной имъ болѣзни. Если больной незастрахованъ, далеко не безразлично по отношенію къ прогнозу, лишается ли онъ послѣ несчастнаго случая всякихъ средствъ къ существованію или, обладая срецствами, можетъ не только не голодать послѣ происшествія, но и правильно лѣчиться. Если больной застрахованъ, громадное значеніе для прогноза имѣетъ то обстоятельство, получитъ ли онъ быстро за постигшую его болѣзнь вознагражденіе, или подвергнется всѣмъ вторичнымъ тяжелымъ вліяніямъ длительной судебной процедуры. Отсюда крайнее разнообразіе

теченія одной и той же формы невроза въ различныхъ случаяхъ. Между тѣмъ, какъ отмѣчаетъ Bruns, отдѣльные авторы обычно наблюдаютъ случаи послѣ уже опредѣленнаго подбора ихъ. Клиницистамъ приходится имѣть дѣло съ болѣе тяжелыми случаями, которые уже подверглись экспертизѣ и лѣченію спеціальныхъ лѣчебницъ для увѣчныхъ; врачамъ больничныхъ кассъ, лѣчащимъ потерпѣвшихъ, согласно германскому закону, въ теченіе первыхъ 13 недѣль послѣ несчастнаго случая, наоборотъ, приходится наблюдать сравнительно свѣжіе, еще не запущенные случаи, притомъ всѣ, легкіе и тяжелые. Общее впечатлѣніе о излѣчимости этихъ заболѣваній, конечно, будетъ благопріятнѣй у перваго лѣчащаго врача, чѣмъ у врача лѣчебницы или врача клиники, наблюдающаго только самыя тяжелыя, затянувшіяся формы. Отсюда могутъ возникать разнорѣчивыя мнѣнія разныхъ авторовъ о прогнозѣ одной и той же формы неврозовъ. Но дѣло еще болѣе осложняется тѣмъ обстоятельствомъ, что, какъ отмѣчалось уже выше, ухудшеніе можетъ выражаться переходомъ болѣе легкихъ, мѣстныхъ формъ въ общіе неврозы, а эти послѣдніе могутъ подъ вліяніемъ неблагопріятныхъ внѣшнихъ условій изъ сравн. легкихъ формъ постепенно переходитъ въ тяжелыя—невропсихозы или даже настоящіе психозы, и прогнозъ одной формы переходитъ съ теченіемъ времени въ прогнозъ другой, гораздо болѣе тяжелой. Всѣ эти обстоятельства на самомъ дѣлѣ обусловливаютъ то, что мнѣнія отдѣльныхъ авторовъ о прогнозѣ неврозовъ вслѣд. несч. сл., весьма естественно, представляются пестрыми и часто очень противорѣчивыми. И всетаки, если принять во вниманіе всѣ эти оговорки, общее мнѣніе всѣхъ авторовъ, что предсказаніе при неврозахъ вслѣд. несч. случаевъ нельзя назвать благопріятнымъ.

Еще въ работѣ 1886 г. Oppenheim отмѣчалъ, что у его 10 больныхъ неврозами послѣ несч. сл. (изъ клиники проф. Westphal'я), хотя часто наблюдалось улучшеніе, ни разу не было полнаго выздоровленія. Практически крайне важ-

нымъ являлось, что иногда заболѣваніе вначалѣ сказывалось сравн. въ мягкой формѣ, а черезъ годъ или еще позднѣй развивались болѣе тяжелые признаки болѣзни. Въ 1887 году Oppenheim снова упоминалъ, что больные большею частью впадаютъ все въ болѣе и болѣе тяжелое состояніе. Часто ухудшающимъ моментомъ является судебный процессъ больного, но настоящаго излѣченія не получалось даже у тѣхъ больныхъ, которые выиграли свой процессъ. Это мнѣніе Oppenheim'а поддерживалъ тогда же и Möbius. Въ 1888 г. Oppenheim снова говорилъ о плохомъ прогнозѣ при описываемыхъ имъ неврозахъ. Онъ даже указывалъ, что, повидимому, иногда травматическій неврозъ подготовляетъ почву для развитія позднѣйшихъ органическихъ заболѣваній. Въ 1890 г. Alb. Hofmann точно также указывалъ на неблагопріятный прогнозъ этихъ неврозовъ, приписывая его вторичнымъ причинамъ. Онѣ ведутъ къ особаго рода психическому вырожденію и слабости воли потерпѣвшаго, которыя, въ свою очередь, мѣшаютъ ему поправиться, хотя онъ и понимаетъ ясно свое тяжелое, несмотря на всѣ ренты, состояніе и борется съ нимъ. Во время спора между Oppenheim'омъ и Mendel'емъ, возникшаго на Международномъ Конгрессѣ въ Берлинѣ въ томъ же 1890 году по поводу наблюдавшихся тѣмъ и другимъ общихъ (11) больныхъ, Oppenheim исторіями болѣзни доказалъ, что во всѣхъ, кромѣ одного, случаяхъ изъ 68 его больныхъ дальнѣйшее теченіе не только подтвердило первоначальный діагнозъ „травматическаго невроза“, но и установило прочно фактъ значительнаго ухудшенія общаго состоянія больныхъ. Въ 1892 г. Lewek въ своей работѣ подчеркивалъ неудержимое ухудшеніе болѣзни у больныхъ, несмотря на благопріятное въ ихъ пользу рѣшеніе дѣла и даже несмотря на назначеніе ренты. Dubois тоже высказывалъ, что выздоровленія при этихъ болѣзняхъ очень рѣдки. И хотя прочіе авторы въ этомъ году смотрѣли сравн. нѣсколько менѣе мрачно, чѣмъ прежніе, на прогнозъ травматическихъ неврозовъ, Bruns считалъ такой оптимизмъ

ошибочнымъ. По его мнѣнію, приводившіеся случаи выздоровленій „травматическихъ невротиковъ“ относились къ „мѣстнымъ“ въ смыслѣ Strümpell'я травматическимъ неврозамъ, которые, собственно, по клинической картинѣ стоятъ особнякомъ отъ прочихъ „общихъ неврозовъ“. А такъ какъ эти „мѣстные“ неврозы вообще даютъ сравнительно хорошее теченіе, то прогнозъ всѣхъ неврозовъ, въ общемъ плохой, причисленіемъ къ нимъ „мѣстныхъ“ неминуемо улучшается, но улучшается только искусственно. Во 2-омъ изданіи своей монографіи о „травматическихъ неврозахъ“ Oppenheim говоритъ объ очень мрачномъ прогнозѣ при нихъ. Изъ 33 своихъ больныхъ только у 3 онъ могъ констатировать улучшеніе; большею частью же они оставались in statu quo, а въ значительной части наступало ухудшеніе. Отдѣльные случаи даже заканчивались самоубійствомъ. Вообще длительныя улучшенія очень рѣдки. Нерѣдко съ годами наблюдается переходъ общихъ неврозовъ въ психозы, а мѣстныхъ формъ въ общіе неврозы. Наблюдалось ясное ухудшеніе отъ веденія процесса и даже вслѣдствіе подозрѣній въ симуляціи. Въ 1895 году Strümpell точно также рѣшительно высказывался въ пользу плохого прогноза при травматическихъ неврозахъ. „Многіе случаи“, говоритъ этотъ ученый, „являются въ самомъ дѣлѣ неизлѣчимыми. Знаніе столь неблагопріятнаго предсказанія тяжелыхъ формъ общаго травматическаго невроза имѣетъ величайшее практическое значеніе. Мнѣ очень часто приходилось читать медицинскія свидѣтельства, въ которыхъ было высказано, что при достаточно долгомъ бережномъ отношеніи къ больному и цѣлесообразномъ лѣченіи можно ожидать улучшенія въ положеніи больного. Мнимая легкость симптомовъ, отсутствіе опасныхъ проявленій какъ будто тоже дѣйствительно оправдываютъ благопріятное представленіе о болѣзни. Но, несмотря на это, почти всегда оказывается обратное. Несмотря на достаточный тѣлесный уходъ, несмотря на непрерывное лѣченіе электричествомъ и гидротерапіей, и я и другіе наблюдатели только изрѣдка видѣли въ тяжелыхъ

случаяхъ улучшенія и никогда не видали дѣйствительнаго излѣченія. Наоборотъ, въ единичныхъ случаяхъ видно даже, что печальные симптомы, особенно признаки душевной слабости, съ теченіемъ лѣтъ рѣзко увеличивались". Въ 1897 году Möbius указывалъ, что прогнозъ при травматическихъ неврозахъ вообще плохой, хотя многое зависитъ отъ медицинскаго воздѣйствія на больного. Особенно большое значеніе Möbius придавалъ пріученію больного возможно раньше къ оставленной имъ по случаю болѣзни работѣ. Онъ считалъ необходимымъ предоставленіе больнымъ, потерявшимъ часть своей работоспособности (такъ наз. demi-ouvriers полу-рабочіе, въ противоположность Vollarbeiter, полнымъ работникамъ), соотвѣтственной ихъ силамъ работы, обращалъ вниманіе на необходимость быстраго установленія права потерпѣвшаго на ренту, возможно ранняго, не черезъ 13 недѣль, начала лѣченья и т. п. Въ цѣляхъ борьбы съ тяжелымъ прогнозомъ Möbius указывалъ точно также на необходимость и законодательныхъ измѣненій въ практикѣ вознагражденія потерпѣвшихъ. Доказывая примѣрами своихъ больныхъ, что не самый законъ о вознагражденіи несчастныхъ случаевъ, а только его примѣненіе вызываетъ ухудшенія у больныхъ, Möbius предлагалъ выдачу больнымъ въ опредѣленные сроки ренты замѣнить единовременнымъ вознагражденіемъ ихъ въ видѣ капитала во всѣхъ случаяхъ увѣчій, не только въ случаяхъ незначительныхъ вознагражденій, въ которыхъ по закону рента уже замѣняется капиталомъ. Опасеніе, что если выдавать больному капиталъ, да еще возможно скорѣй послѣ несчастнаго случая, то можно-де легко ошибиться и дать капиталъ „симулянту", Möbius парируетъ тѣмъ соображеніямъ, что вѣдь и рента можетъ тоже достаться симулянту. Разница же только та, что, если симулянтъ получитъ капиталъ, онъ будетъ, можетъ быть, работать, а при рентѣ онъ почти навѣрное работать не будетъ, такъ какъ въ его интересахъ представлять себя неработоспособнымъ, чтобъ сохранить право на полученіе ренты. И поэтому лучше дать капиталъ

и вмѣстѣ съ тѣмъ устранить необходимость воздерживаться отъ работы. Этимъ можно даже въ лицѣ предполагаемаго симулянта сохранить рабочую силу, и повернуть этой работой къ улучшенію самую болѣзнь, если получившій капиталъ окажется не симулянтомъ, а дѣйствительнымъ больнымъ. Того же мнѣнія о необходимости для борьбы съ тяжелымъ прогнозомъ травматическихъ неврозовъ посильной работы потерпѣвшаго держался и Jessen, настаивавшій на предоставленіи больнымъ, послѣ выдачи вознагражденія, соотвѣтственной работы. Въ 1898 г. Bruns снова поддерживаетъ мнѣніе о вообще неблагопріятномъ прогнозѣ при травматическихъ неврозахъ. Полное выздоровленіе наблюдается рѣдко. Но и по отношенію къ самой продолжительности жизни, прогнозъ значительно ухудшается, если у больного имѣются выраженные симптомы сердечнаго или сосудистаго страданія, при которыхъ жизнь больного значительно укорачивается. Одновременно Schuster указывалъ мѣры для улучшенія прогноза: раннее лѣченіе, ускореніе процесса, сокращеніе числа переизслѣдованій больныхъ и особенно посильная работа больныхъ, притомъ работа не въ медико-механическихъ институтахъ и лѣчебницахъ, а „продуктивная“ работа въ мастерскихъ. Въ 1899 г. Sachs и Freund снова подчеркнули причину плохой прогностики при травматическихъ неврозахъ, именно развитіе у этихъ больныхъ ранняго артеріосклероза. Того же мнѣнія были Edinger и Auerbach (1900), указывавшіе на артеріосклерозъ, какъ на грозный, рѣзко ухудшающій теченіе болѣзни послѣ несчастныхъ случаевъ симптомъ, обусловливающій преждевременную старость у перенесшихъ травматическій неврозъ рабочихъ. Stenger (1901) привелъ въ качествѣ одного изъ моментовъ, неблагопріятно вліяющихъ на прогнозъ у травматическихъ невротиковъ, еще вѣчный страхъ возможности пенсіонированія со скупо отмѣренной рентой. Въ 1901 году Auerbach предлагалъ для улучшенія прогноза травматическихъ неврозовъ обязать закономъ предпріятія, въ которыхъ произошелъ несчастный случай, предостав-

лять потерпѣвшему частичную работу въ мѣру потери имъ своей работоспособности. Такая частичная работа при частичной рентѣ должна гораздо лучше вліять на теченіе болѣзни, чѣмъ полная рента при отсутствіи всякой работы больного. Въ 1903 г. имѣемъ указанія одного французскаго автора, Francotte'a, что прогнозъ травматическаго невроза очень плохъ. Oppenheim (1905) въ своемъ учебникѣ указывалъ, что только въ легкихъ случаяхъ травматическихъ неврозовъ возможно полное выздоровленіе, но даже „мѣстныя“ формы его часто оказываются очень упорными. Къ числу моментовъ, ухудшающихъ прогнозъ, онъ, кромѣ борьбы за вознагражденіе, причисляетъ также преждевременное возобновленіе работы въ прежнемъ ея размѣрѣ и такимъ образомъ ставитъ опредѣленныя границы надеждамъ поправить состояніе больного исключительно работой. Хуже предсказаніе при преобладаніи въ картинѣ болѣзни психическихъ симптомовъ, равно и сердечно-сосудистыхъ. „Если явленія со стороны сердца и сосудистаго аппарата очень рѣзко выражены и если развились даже расширеніе сердца и артеріосклерозъ, то едва ли можно ожидать полнаго излѣченія“, заявляетъ онъ, не забывая при этомъ подчеркнуть возможность перехода невроза въ психозъ. Даже при первоначально лишь однихъ мѣстныхъ симптомахъ ему приходилось видѣть значительныя ухудшенія „до такой степени, что въ концѣ концовъ можно было говорить о совершенной „расшатанности“ нервной системы“. Въ 1905 Schultze сообщилъ свои наблюденія травматическихъ невротиковъ всѣхъ родовъ. На 1200 изслѣдованныхъ больныхъ онъ получилъ черезъ годъ послѣ экспертизы свѣдѣнія о 169 больныхъ. У трети получилось улучшеніе, и даже исцѣленіе; у другой $^1/_3$ до $^1/_2$ состояніе осталось безъ измѣненія, а у 15% уже ясно было ухудшеніе. Къ числу послѣднихъ принадлежали гл. обр. больные, страдавшіе комбинированной формой неврозовъ; наоборотъ улучшеніе всего чаще наблюдалось у представлявшихъ неврастеническую форму. Strümpell (1907) въ своемъ учебникѣ песси-

мистически высказывается объ успѣхѣ лѣченія травматическихъ невротиковъ вообще. „Именно неврозы несчастныхъ случаевъ“, говоритъ онъ, „повидимому, даютъ особенно неблагопріятный прогнозъ“. Dochnal (1907) точно также говоритъ о плохомъ прогнозѣ при смѣшанной формѣ неврозовъ вслѣдствіе несчастныхъ случаевъ, при этомъ онъ отмѣчаетъ, что нельзя говорить о предсказаніи вообще при всѣхъ „травматическихъ неврозахъ“, такъ какъ оно зависитъ отъ формы самого невроза (см. выше стр. 64). Friedel (1907) придерживается того же взгляда на прогнозъ, различая (см. выше стр. 67) болѣе легкія формы травматическаго невроза—неврастеническія, формы со среднимъ прогнозомъ—истерическія и формы съ тяжелымъ теченіемъ—ипохондрическія, т. е. смѣшанныя формы, неврозъ отъ испуга Kraepelin'а.

Подводя итогъ всѣмъ мнѣніямъ о прогнозѣ „травматическихъ неврозовъ“, мы должны признать его наиболѣе благопріятнымъ при легкихъ „мѣстныхъ“ Strümpell'евскихъ формахъ. Затѣмъ слѣдуютъ неврастеническіе симптомокомплексы, истерическіе, а наиболѣе тяжелыми будутъ смѣшанныя формы, „травматическіе неврозы въ собственномъ смыслѣ слова“. При этомъ приходится не забывать и возможности перехода легкой формы въ самыя тяжелыя, вплоть до психоза, подъ вліяніемъ различныхъ вторичныхъ причинъ. Особеннаго вниманія заслуживаютъ сердечно-сосудистыя явленія, включая и артеріосклерозъ, которыя и обусловливаютъ то, что прогнозъ неврозовъ ухудшается тѣмъ больше, чѣмъ старше возрастъ больного.

ГЛАВА V.

Экспертиза неврозовъ вслѣдствіе несчастныхъ случаевъ. Вопросъ о симуляціи ихъ и „объективномъ" діагнозѣ болѣзни.

Врачъ съ невропатологической и психіатрической подготовкой, если пострадавшій отъ несчастнаго случая обращается къ нему только для совѣта, обычно не встрѣчаетъ затрудненій при діагнозѣ неврозовъ вслѣдствіе несчастныхъ случаевъ, какъ онъ не встрѣчаетъ ихъ при діагнозѣ всѣхъ другихъ неврозовъ и психоневрозовъ—неврастеніи, истеріи, легкихъ степеней меланхоліи, ипохондріи и т. п. Даже если внѣшнія проявленія страданія перѣзко выражены, самыя жалобы больного сразу показываютъ, съ чѣмъ имѣется дѣло. И если даже больной обнаруживаетъ явную переоцѣнку состоянія своего здоровья, врачъ объяснитъ это вполнѣ естественно и вполнѣ научно или ипохондричностью больного или истеріей, если найдетъ другіе истерическіе признаки. Да и ни у кого другого не можетъ возникнуть подозрѣнія, что субъектъ здоровъ и только притворяется больнымъ. Здоровому нѣтъ никакой цѣли выдумывать у себя болѣзнь и упорно лѣчиться отъ нея.

Но если пострадавшій обращается къ врачу не столько для лѣченія, сколько съ судебно-медицинскими цѣлями, для полученія свидѣтельства о болѣзни, врачъ не можетъ въ своей экспертизѣ ограничиться только простымъ діагнозомъ болѣзни, какъ въ первомъ случаѣ. Судъ, ограждая интересы не только больного, но и другой стороны, отвѣчающей по иску

объ увѣчьи, не можетъ упускать изъ виду возможности недобросовѣстнаго иска со стороны лица здороваго, но претворяющагося больнымъ, чтобъ получить вознагражденіе за мнимую болѣзнь. Не имѣя возможности довѣрять больному, судъ и въ экспертизѣ врача ищетъ не столько симптомовъ болѣзни, сколько доказательствъ того, что эти симптомы не вымышлены истцомъ. Судъ не можетъ опираться только на личное мнѣніе врача, хотя бы его и было вполнѣ достаточно для правильнаго лѣченія больного. Судъ въ правѣ требовать отъ врача доказательныхъ для него, суда, фактовъ въ подтвержденіе діагноза болѣзни. И врачъ не можетъ только констатировать симптомы болѣзни, какъ при лѣченіи больного, онъ долженъ ихъ объективировать убѣдительнымъ для суда образомъ. И чѣмъ болѣе страданіе больного носитъ субъективный характеръ личнаго переживанія, тѣмъ труднѣе эксперту ad oculos omnium удостовѣрить, что субъективныя жалобы истца служатъ выраженіемъ дѣйствительнаго страданія больного, а не злой воли здороваго человѣка.

Все это дѣлаетъ задачи врача-эксперта съ одной стороны гораздо болѣе узкими сравнительно съ задачами только лѣчащаго врача, а съ другой—гораздо болѣе сложными и затруднительными. Если онъ изъ разбора всѣхъ симптомовъ болѣзни вынесъ убѣжденіе, что передъ нимъ страдающій неврозомъ вслѣдствіе несчастнаго случая,—ему еще необходимо представить суду, слѣд. неспеціалистамъ въ медицинѣ научныя доказательства, что передъ судомъ не здоровый субъектъ, симулирующій болѣзнь, а несомнѣнно больной. Поэтому и вопросъ о діагнозѣ неврозовъ вслѣдствіе несчастныхъ случаевъ еще со временъ Erichsen'a, т. е съ самаго появленія этихъ болѣзней въ научной невропатологіи тѣсно связался съ другимъ вопросомъ: о симуляціи этихъ заболѣваній.

Въ общемъ же ходъ самаго діагноза ясенъ. Прежде всего, конечно, необходимо объективнымъ изслѣдованіемъ установить status praesens больного со стороны нервной системы.

Если среди нервныхъ симптомовъ кромѣ признаковъ функціональнаго заболѣванія окажутся такіе, которые указываютъ на органическое нервное страданіе, дѣло лѣчащаго врача значительно осложняется, но положеніе врача-эксперта, наоборотъ, получаетъ значительную поддержку. Передъ нами не случай простого невроза, часто возбуждающаго сомнѣнія у суда, а органическая нервная болѣзнь, осложненная неврозомъ. Въ такихъ случаяхъ на практикѣ не возникаетъ вопроса, что больной симулируетъ всю болѣзнь, и, если критическое отношеніе къ субъективнымъ жалобамъ больного и встрѣчается иногда, то разговоръ ведется уже не о симуляціи всей болѣзни здоровымъ, а лишь о преувеличеніи больнымъ своихъ несомнѣнныхъ, вполнѣ реальныхъ, разстройствъ. Если же признаковъ органическаго нервнаго страданія у больного констатировать не удается, и имѣются только признаки функціональнаго нервнаго заболѣванія, приходится изъ числа этихъ признаковъ выискивать тѣ, которые, согласно существующимъ въ наукѣ воззрѣніямъ, невозможно вызывать по своему произволу и которые слѣд. могутъ считаться съ извѣстнымъ правомъ „объективными" признаками невроза вслѣдствіе несчастнаго случая. Если всѣ признаки оказываются такого рода, что могутъ происходить и независимо отъ воли больного, но могутъ быть и воспроизводимы имъ по желанію, остается рѣшать вопросъ не на основаніи каждаго въ отдѣльности изъ этихъ признаковъ, а всей общей картины болѣзни, которую, конечно, здоровому человѣку гораздо труднѣй воспроизвести, чѣмъ какой либо отдѣльный симптомъ.

Но могутъ быть и такіе случаи, когда несмотря на самое тщательное изслѣдованіе все-таки въ распоряженіи врача можетъ оказаться крайне не достаточно „объективныхъ" признаковъ. Въ такомъ случаѣ врачъ можетъ дать рѣшительный отвѣтъ только на основаніи своего личнаго впечатлѣнія. Затруднительность положенія врача, какъ эксперта, въ такихъ не рѣдкихъ случаяхъ неврозовъ послѣ несчастныхъ случаевъ, гдѣ имѣются только субъективныя

жалобы безъ строго объективныхъ проявленій несомнѣнной болѣзни, служитъ причиной того, что уже издавна высказывался самый научный выходъ изъ него—изложеніе фактовъ pro и contra и заявленіе, что случай „не ясенъ“, non liquet.

Итакъ, первымъ вопросомъ является: нѣтъ ли у больного кромѣ невроза органической нервной болѣзни? Здѣсь не мѣсто разбирать подробно всѣ симптомы органическихъ нервныхъ болѣзней, которыя могутъ вызываться несчастными случаями. Но крайне умѣстно подчеркнуть, что точное и подробное знаніе всѣхъ этихъ симптомовъ совершенно необходимо врачу при экспертизѣ неврозовъ послѣ несчастныхъ случаевъ, чтобы не просмотрѣть при такихъ неврозахъ осложняющаго ихъ органическаго страданія нервной системы. Въ самомъ дѣлѣ часто приходится встрѣчать, что діагнозъ симуляціи не только при „травматическомъ неврозѣ“, но и при органическихъ, даже сравнительно рѣзко выраженныхъ нервныхъ болѣзняхъ ставится только потому, что экспертъ не знакомъ съ проявленіями органическихъ болѣзней нервной системы. Въ нѣмецкой литературѣ можно найти много примѣровъ случаевъ такихъ ошибокъ, когда діагнозъ симуляціи ставится тамъ, гдѣ эксперту явленія болѣзни только представляются симулированными, на самомъ же дѣлѣ строго соотвѣтствуютъ извѣстнымъ въ невропатологіи картинамъ болѣзней. Жалобы на то, что экспертъ-неспеціалистъ, которому приходится поневолѣ быть энциклопедистомъ медицины, при сужденіи о результатахъ несчастныхъ случаевъ не является, къ сожалѣнію, достаточно подготовленнымъ въ области невропатологіи и психіатріи не сходятъ со страницъ медицинской прессы съ 1889 г.-когда Seeligmüller первый высказалъ свое мнѣніе по этому вопросу, вплоть до самаго послѣдняго времени, (см. напр. Oppenheim, 1905, Erben, 1906, Thiem, 1907 и т. п.). Этимъ малымъ знакомствомъ съ нервными и психическими болѣзнями экспертовъ объясняютъ нѣмецкіе авторы тѣ далеко немалочисленные случаи, когда у признаннаго даже

оффиціально „симулянтомъ“, при изслѣдованіи спеціалистомъ обнаруживались явленія несомнѣнныхъ травматическихъ неврозовъ. Такихъ наблюденій можно ежегодно встрѣтить въ текущей нѣмецкой литературѣ по нѣскольку, несмотря на то, что Rumpf (1906) считаетъ, что въ настоящее время въ Германіи діагнозъ симуляціи ставится рѣже, чѣмъ прежде. Въ виду этого и заграницей настойчиво указывается на необходимость при разборѣ случаевъ травматическаго невроза, особ. въ нерѣзко выраженныхъ, начальныхъ стадіяхъ его, основываться лишь на результатахъ тщательнаго спеціально невропатологическаго изслѣдованія (Stern, 1901, Rumpf, 1907, Erben, 1906). Послѣдній авторъ даже прямо заявляетъ, что главнымъ постулатомъ для правильнаго отличенія нервныхъ симптомовъ травматическаго невроза отъ симуляціи является „точное знаніе симптомагологіи нервныхъ болѣзней“, и открыто признаетъ, что даже спеціалистамъ-невропатологамъ часто приходится при сужденіи объ нервныхъ разстройствахъ прибѣгать къ помощи другихъ спеціалистовъ—офтальмологовъ, отіатровъ. Съ этимъ послѣднимъ утвержденіемъ приходится считаться особенно при травмахъ головы, когда часто всѣ явленія травматическаго невроза ограничиваются симптомами пораженія лабиринта, головокруженіями въ формѣ Меньеровскаго симптомокомплекса, припадковъ головныхъ болей, дурнотъ, невѣрной походкой и т. п. (Stenger, 1906). Не слѣдуетъ, конечно, думать, что у насъ въ Россіи, наоборотъ, все обстоитъ благополучно по этой части. Намъ припоминается случай изъ практики во время послѣдней войны, когда при смѣнѣ врачей въ отдѣленіи психіатрическаго госпиталя одинъ врачъ, опытный психіатръ, но мало знакомый съ нервными болѣзнями, рекомендовалъ одного изъ своихъ больныхъ, какъ закоренѣлаго симулянта, между тѣмъ, какъ наблюденія другого врача вскорѣ уже показали, что въ этомъ случаѣ, хотя и не было въ самомъ дѣлѣ психическаго заболѣванія, но были ясныя доказательства того, что больной страдалъ мозжечковыми явленіями

послѣ раненія въ затылочной области, и эти явленія, смущавшія перваго врача, были вполнѣ доказательны. Какъ бы то ни было, разъ объективнымъ изслѣдованіемъ установлено у больного отсутствіе органическаго заболѣванія, приходится пересмотрѣть симптомы функціональнаго разстройства, чтобы найти такіе, которые не могутъ быть воспроизводимы искусственно. Обычно такіе симптомы называются несовсѣмъ точно „объективными признаками" неврозовъ вслѣдствіе несчастныхъ случаевъ.

Такъ называемые „объективные признаки" неврозовъ вслѣдствіе несчастныхъ случаевъ.

По поводу всѣхъ этихъ „объективныхъ" явленій, особенно параличей и анэстезій приходится оговориться, что соотвѣтственно функціональной природѣ самого страданія „объективность" нервныхъ симптомовъ его можетъ быть понимаема лишь относительно, cum grano salis. Всѣ эти „объективные" симптомы, безспорно, реальны, но возникаютъ психогеннымъ путемъ, какъ реакція нервной системы на психическую травму, и потому не могутъ быть сравниваемы съ вполнѣ объективными нервными симптомами органическихъ заболѣваній, которые, если и наблюдаются при травматическомъ неврозѣ, то только при осложненіяхъ его органическимъ заболѣваніемъ. Затѣмъ необходимо помнить, что было бы ошибкой искать „объективные признаки" только исключительно въ сферѣ нервныхъ симптомовъ и забывать о психическихъ разстройствахъ при этихъ заболѣваніяхъ. Правда, сравнительно часто, особенно при мѣстныхъ формахъ неврозовъ послѣ несчастныхъ случаевъ, все дѣло можетъ ограничиваться именно только этими нервными явленіями. Но въ большинствѣ случаевъ не только смѣшанной формы этихъ неврозовъ, травматическаго невроза въ собственномъ смыслѣ этого слова, но и при травматической неврастеніи, травматической истеріи и т. д., психическія аномаліи больныхъ играютъ весьма большую роль

въ картинѣ болѣзни и при томъ онѣ не только ухудшаютъ самое состоянiе больного, но, хотя и возникаютъ тоже психогеннымъ путемъ, также могутъ, какъ и нервныя явленiя въ значительной мѣрѣ объективироваться. И упускать эти объективные признаки со стороны психической сферы было бы такъ же несправедливо по отношенiю къ больнымъ, какъ и игнорировать у нихъ тоже не вполнѣ объективныя нервныя функцiональныя явленiя. И если въ настоящее время мы не можемъ слѣдовать совѣту и примѣру Rigler'а— считать для неврозовъ послѣ несчастныхъ случаевъ несомнѣнными только признаки органическаго заболѣванiя нервной системы, то не должны отказывать въ доказательности и психическимъ явленiямъ. И, наконецъ, чтобы не повторять ошибки Rigler'а, считавшаго симулянтами всѣхъ тѣхъ, у кого онъ не находилъ симптомовъ органическаго поврежденiя нервной системы, именно мiэлита, и многихъ другихъ „фанатиковъ симуляцiи“ (Hitzig 1893), мы должны все время имѣть въ виду, что наличность вообще такихъ „объективныхъ признаковъ“—безразлично, нервныхъ или психическихъ, конечно, даетъ эксперту научную увѣренность, что больной несомнѣнно боленъ, но отсутствiе такихъ „объективныхъ признаковъ“ еще не даетъ права говорить, что въ данномъ случаѣ дѣло идетъ о симуляцiи. Неврозъ можетъ дѣйствительно существовать и при томъ въ тяжелой формѣ, но можетъ не улавливаться нашими современными методами установленiя объективности нервныхъ и психическихъ симптомовъ его.

„Объективные признаки“ со стороны нервной системы.

Чтобы не очень углубляться въ слишкомъ спецiальныя невропатологическiя области, мы остановимся только на, вульгарныхъ объективныхъ признакахъ со стороны нервной системы.

Къ такимъ симптомамъ прежде всего принадлежитъ *длительное повышенiе пателлярныхъ рефлексовъ.* Вообще

этотъ симптомъ едва-ли возможно смѣшать съ произвольнымъ подражаніемъ ему, если изслѣдованіе производить съ нѣкоторыми предосторожностями, напр. отъ времени до времени не касаясь совсѣмъ молоткомъ lig. patellae (Edinger-Auerbach-Bruns 1900), производя изслѣдованіе этого рефлекса при закрытыхъ глазахъ больного, когда онъ не видитъ приближенія молоточка, и т. п. Если повышеніе остается при этомъ неизмѣнно одинаковымъ и при открытыхъ и при закрытыхъ глазахъ, и притомъ наблюдается постоянно въ теченіе ряда изслѣдованій, его едва ли можно считать симулированнымъ. *Механическая возбудимость мышцъ и нервовъ* при перкуссіи ихъ молоточкомъ еще менѣе можетъ быть воспроизводима произвольно, такъ какъ для этого требовалось бы со стороны больного отчетливое знаніе функціи отдѣльныхъ мышцъ или, при перкуссіи нервовъ, также и точекъ поверхностнаго прохожденія подъ кожей нервныхъ стволовъ и вѣточекъ и распредѣленія ихъ въ соотвѣтственныхъ мышцахъ и областяхъ кожи. *Дрожаніе* при движеніяхъ точно также очень трудно было бы симулировать впрочемъ, если-бъ являлись сомнѣнія въ естественности этого симптома у даннаго больного, можно воспользоваться графическимъ методомъ Becker'а (1908). Онъ записываетъ кривую дрожанія, какъ записываютъ кривыя пульса, дыханія и т. п., и на полученныхъ кривыхъ симулированное дрожаніе рѣзко отличается отъ естественнаго, во первыхъ крайней неравномѣрностью кривой, а во вторыхъ, вмѣсто рѣзко острыхъ угловъ кривой при естественномъ дрожаніи (вслѣдствіе быстрой перемѣны въ направленіи движенія), при симуляціи получаются ясно обозначенныя закругленія и даже прямые углы, какъ бы вещественное доказательство участья въ этихъ замедленіяхъ воли симулянта, мѣняющаго направленья послѣ нѣкотораго раздумья, а не сразу, какъ при обычномъ дрожаніи. *Фибриллярныя подергиванья* еще меньше могутъ быть симулированы, такъ какъ произвольныя волевыя сокращенія могутъ быть направлены лишь на всю мышцу, или скорѣе даже въ рядъ мышцъ, вызываю-

щихъ одинъ двигательный эффектъ, а отнюдь не въ отдѣльные пучки мышцы. *Клоническія судороги*, если онѣ наблюдаются въ такихъ мышцахъ, которыя не могутъ быть сокращаемы произвольно по одиночкѣ (напр. m. triceps, supinator longus, лопаточныя мышцы, m. omohyoideus (Oppenheim)) должны съ несомнѣнностью указывать на отсутствіе умышленности, особ. если обратить вниманіе, что при судорогахъ этихъ мышцъ не сокращаются ихъ антагонисты. *Атрофіи* мышцъ, правда, рѣдко наблюдаемыя у травматическихъ невротиковъ, точно также принадлежатъ къ безусловно объективнымъ признакамъ, даже если онѣ не сопровождаются реакціей перерожденія, а только количественнымъ измѣненіемъ электрической возбудимости.

Въ сферѣ *сердечно-сосудодвигательной* точно также можно найти значительное число объективныхъ признаковъ, которые часто могутъ очень хорошо объектироваться. Сосудистыя явленія, напр. *мѣстный ціанозъ кожи, дермографія*— точно также не могутъ быть вызваны произвольно, такъ какъ вазомоторы, игрой которыхъ обусловливаются эти сосудистыя разстройства, не подчиняются волѣ. Сюда же относятся и *аномаліи секреціи* у травматическихъ невротиковъ, равно и *трофическія разстройства кожи и ея придатковъ*—напр. посѣдѣніе волосъ. *Симптомы неврастеніи сердца* являются особенно цѣнными объективными признаками для діагноза не только травматическаго невроза, но и пониженія работоспособности больного. И остается пожалѣть, что часто именно эти симптомы и просматриваются врачами. Поучительный примѣръ представляетъ случай Oppenheim'а. Всѣ врачи признали одного испытуемаго рабочаго совершенно способнымъ къ труду на томъ основаніи, что онъ свободно двигалъ своими членами и въ состояніи покоя вообще былъ свободенъ отъ разстройствъ. Но больной заявлялъ упорнымъ образомъ, что онъ не можетъ работать, потому что сразу слабѣетъ и чувствуетъ головокруженіе. Вслѣдствіе заключенія врачей онъ, однако, былъ принужденъ взяться за ра-

боту (по прокладыванію дороги). Случайно мѣстный ландратъ нашелъ его на этой работѣ въ состояніи изнеможенія и вынесъ убѣжденіе, что субъектъ въ самомъ дѣлѣ не способенъ къ труду. Онъ былъ направленъ къ Oppenheim'у для рѣшенья вопроса объ его работоспособности. Вначалѣ однако и этотъ послѣдній не могъ найти никакихъ объективныхъ признаковъ. Но затѣмъ оказалось, что у больного при подниманіи тяжестей, напр. предметовъ въ 15 фунтовъ вѣсомъ, число ударовъ пульса поднималось съ 60 до 120, а при переноскѣ этого предмета съ одного мѣста на другое пульсъ и дыханіе учащались постепенно въ такой значительной степени, что не могло оставаться сомнѣнія въ уменьшеніи трудоспособности у этого человѣка. Такимъ образомъ этотъ симптомъ является не только цѣннымъ объективнымъ признакомъ для исключенья симуляціи, но и ясно указываетъ на пониженіе трудоспособности. Хорошимъ подспорьемъ въ случаѣ сомнѣній можетъ служить—*сфигмографическая кривая пульса* больныхъ травматическимъ неврозомъ, такъ какъ по изслѣдованіямъ F. Müller'а она значительно отличается отъ нормальной сфигмограммы отсутствіемъ эластическихъ подъемовъ кривой. Эта особенность, приближающая пульсъ травматическихъ невротиковъ къ лихорадочному дикротическому пульсу и предвѣщающая приближеніе артеріосклероза (который особенно охотно присоединяется къ травматическимъ неврозамъ), конечно, не можетъ быть никоимъ образомъ воспроизведена произвольно. Сюда же долженъ быть отнесенъ и симптомъ Mannkopf-Rumpf'а, именно учащеніе ударовъ пульса при давленіи на болѣзненныя мѣста, и другіе способы полученія учащеннаго пульса *). *Неравномѣрность зрачковъ* является также цѣннымъ объективнымъ симптомомъ, такъ какъ функція зрачковъ не подчиняется волѣ. Въ особ. трудно допустить симуляцію, если расширеніе зрачка, какъ это

---

*) См. работы акад. Бехтерева въ „Обозрѣніи Психіатріи и Невропатологіи“.

часто бываетъ, наблюдается какъ разъ на сторонѣ анэстезій и параличей.

Что касается *сенсорныхъ разстройствъ* у невротиковъ вслѣд. несч. случ., то изъ нихъ наибольшее значеніе имѣетъ—*съуженіе поля зрѣнія*. Еще со временъ Charcot (1885), описавшаго это явленіе при истеріи, на него обращали большое вниманіе при интересующихъ насъ заболѣваніяхъ. Möbius первый въ Германіи указалъ на истерическую природу съуженія поля зрѣнія при травматическомъ неврозѣ и высказался за то, что, если при неврозѣ отъ несчастнаго случая находятъ этотъ симптомъ, то это или чистая (травматическая) истерія или неврозъ, содержащій кромѣ истеріи неврастеническіе и ипохондрическіе элементы—т.-е. травматическій неврозъ въ собств. смыслѣ слова. Bruns и König подтвердили это указаніемъ, что и при простыхъ неврозахъ это съуженіе поля зрѣнія наблюдается только вмѣстѣ съ кожными анэстезіями (т. е. при истеріи) и не встрѣчается тамъ, гдѣ этихъ кожныхъ анэстезій нѣтъ (неврастеническіе и другіе неврозы). Такой же взглядъ на этотъ симптомъ, какъ на чисто истерическое явленіе, существуетъ и въ настоящее время въ невропатологіи. Förster, König, Wilbrand и Sänger, Frankl v. Hochwart, Topolansky изслѣдовали этотъ симптомъ съ точки зрѣнія возможности его симуляціи и пришли къ выводу, что таковая почти невозможна, такъ какъ для нея требовалась бы совершенно исключительная освѣдомленность больного во всѣхъ тонкостяхъ изслѣдованія. И, наоборотъ, они же показали, что прежнія указанія на симуляцію этого симптома были совершенно ошибочны. Такъ прежде рекомендовывалось (Schmidt-Rimpler'омъ) при изслѣдованіи поля зрѣнія отодвигать периметръ отъ глаза изслѣдуемаго на разныя разстоянія, причемъ, понятно, уголъ зрѣнія не можетъ при отодвиганіи увеличиваться, а слѣд., какъ думалъ авторъ этого метода, размѣры поля зрѣнія увеличиваются лишь у страдающаго настоящимъ съуженіемъ поля зрѣнія. Симулянтъ же, незнакомый съ понятіемъ угла зрѣнія, могъ бы попасться въ

такомъ случаѣ, полагая, что размѣры съуженнаго поля зрѣнія должны оставаться одинаковыми при всѣхъ разстояніяхъ периметра отъ глаза, и давалъ бы явно невѣрныя показанія. Новѣйшія изслѣдованія — Wollenberg'a, Greef'a— показали однако, что у истерическихъ субъектовъ встрѣчается именно то „трубкообразное съуженіе поля зрѣнія“ (Greef), которое прежде считалось несомнѣннымъ признакомъ симуляціи, а нѣкоторые авторы считаютъ этотъ признакъ даже прямымъ симптомомъ истеріи *). Затѣмъ оказалось, что съуженіе поля зрѣнія наблюдается иногда у здоровыхъ людей и только рѣзче выражено у страдающихъ утомляемостью сѣтчатки, въ томъ числѣ и у травматическихъ невротиковъ. Слѣдов. дифференціальнно-діагностическую цѣну при отличеніи отъ симуляціи имѣетъ только опредѣленная степень этого съуженія. Это обстоятельство уже дѣлаетъ этотъ симптомъ слишкомъ спеціальнымъ и мало надежнымъ въ рукахъ неспеціалиста по нервнымъ или по глазнымъ болѣзнямъ, какимъ обычно является экспертъ. Въ самомъ дѣлѣ, спеціалисту приходится кромѣ установленія границъ истерическаго съуженія поля зрѣнія, опредѣлять напр. *степень утомляемости* сѣтчатки путемъ очень утомительныхъ и кропотливыхъ изслѣдованій. Приходится вводить предметъ въ поле зрѣнія съ периферіи и наблюдать, не замѣчаетъ ли больной его нѣсколько раньше, чѣмъ на границѣ найденнаго уже съуженія, получаемаго обычно веденіемъ предмета отъ центра къ периферіи, нѣтъ ли такъ называемаго „сдвиганья границъ поля зрѣнія“. Если оно есть, это указываетъ на то, что въ первомъ случаѣ—при движеніи предмета съ периферіи, утомленная сѣтчатка воспринимаетъ его послѣ сравнительнаго отдыха, слѣд. еще будучи не утомленной зрительнымъ образомъ этого предмета, а при движеніи отъ центра этотъ образъ дѣйствуетъ уже на утомленную сѣтчатку, кото-

---

*) См. напр. въ Münchener Medizinische Wochenschrift 1907 № 14 случай Kraus'a съ трубкообразнымъ полемъ зрѣнія при травматическомъ неврозѣ.

рая упускаетъ его изъ виду раньше, чѣмъ въ первомъ случаѣ. Изъ изложеннаго видно, насколько тонко это изслѣдованіе, особ. если принять во вниманіе, что дѣло идетъ объ легко утомляемой неврастенической сѣтчаткѣ, которая уже устала отъ изслѣдованія типичнаго истерическаго съуженія поля зрѣнія. Изъ сравн. болѣе легкихъ способовъ, но тоже требующихъ критики опытнаго изслѣдователя можно указать на характерное объективное доказательство истерическаго съуженія поля зрѣнія (Willbrandt). Именно, если это съуженіе истерическое, то послѣ долгаго, до 24 часовъ пребыванія въ темной комнатѣ границы поля зрѣнія не обнаруживаютъ явленій отдыха—увеличенья ихъ, какъ это получается при неврастеническомъ съуженіи поля зрѣнія, а наоборотъ остаются въ тѣхъ же предѣлахъ. Какъ бы то ни было, ясно, что симптомъ съуженія поля зрѣнія отнюдь не можетъ считаться абсолютно объективнымъ признакомъ существованія травматическаго невроза, какъ думали прежде. Но, конечно, особ. въ рукахъ опытнаго изслѣдователя, этотъ симптомъ практически можетъ служить, въ случаѣ, если его находятъ со всѣми особенностями, значительной поддержкой діагнозу, такъ какъ у здоровыхъ всетаки онъ встрѣчается рѣдко, а для симулированія его, особ. со всѣми явленіями „сдвиганья границъ его“ и т. п. требовалась бы необыкновенная для обычно изслѣдуемыхъ освѣдомленность.

Изъ *разстройствъ* не сенсорныхъ, а *общей чувствительности* при травматическомъ неврозѣ особенно выдающееся мѣсто занимаютъ ощущаемыя больнымъ *боли въ разныхъ мѣстахъ*. Онѣ сосредоточиваютъ на себѣ вниманіе больного необыкновенно сильно, возбуждаютъ и безпокоятъ его, поддерживая въ немъ ипохондрическіе страхи и тѣмъ рѣзко расшатываютъ его здоровье. Поэтому, хотя боли и представляютъ изъ себя явленіе совершенно субъективное, желательно было бы для доказательства ихъ имѣть какія либо объективныя данныя. Такія данныя можетъ дать т. наз. *Mannkopf-Rumpf'овскій симптомъ*. Именно при давленіи на

мѣсто дѣйствительной боли (понятно, боли локализированной, относимой больнымъ къ опредѣленному мѣсту), пульсъ учащается на 30 и больше ударовъ въ минуту. Позднѣй этотъ симптомъ былъ дополненъ наблюденіемъ, что въ такихъ случаяхъ кромѣ ускоренія пульса получается также расширеніе зрачка на сторонѣ боли, а равно и другіе вазомоторные феномены, напр. покраснѣніе соотвѣтственной половины лица (Oppenheim, Бехтеревъ (1901) и др.). Oppenheim же указалъ, что такія же явленья могутъ быть вызваны не только давленіемъ на мѣсто боли, но и пассивными движеніями въ болѣзненныхъ суставахъ. Симптомъ Mannkopf-Rumpf'а былъ бы очень цѣннымъ, еслибъ онъ всегда получался при несомнѣнно существующихъ боляхъ и не получался бы иногда, какъ указывалъ уже Oppenheim, даже при давленіи и на мѣста совершенно не болѣзненныя. Но будучи таковымъ, какъ онъ есть, онъ весьма легко можетъ ввести малознакомаго съ нимъ эксперта въ ошибку. Особенно это касается соблазна признать на основаніи отсутствія его симуляцію, что̀ уже совершенно не вѣрно. Отсутствіе этого симптома при жалобахъ больного на боли обязываетъ эксперта, понятно, если нѣтъ и другихъ доказательствъ объективности этихъ болей, совершенно открыто признать, что случай не ясенъ, заявить: non liquet. Общія т. е. *кожныя анэстезіи* часто занимаютъ значительное мѣсто въ картинѣ болѣзни невроза вслѣд. несч. сл. и могутъ послужить относительно немаловажной объективной поддержкой діагнозу этой болѣзни, даже если согласиться съ Stümpell'емъ, что значительная часть этихъ разстройствъ можетъ быть вызвана внушеніемъ (конечно, невольнымъ) врача больному во время подробнаго изслѣдованія. Анэстезіи, какъ сказано уже, при травматическомъ неврозѣ всегда имѣютъ истерическое происхожденіе. Онѣ, какъ и истерическіе параличи, въ своемъ распредѣленіи опредѣляются отнюдь не законами анатомофизіологической локализаціи чувствительныхъ путей въ головномъ и въ спинномъ мозгу, не областями распредѣленія въ кожѣ периферическихъ

нервовъ, а наивнымъ, грубымъ представленіемъ больного объ организмѣ, представленіемъ, свойственнымъ вообще профанамъ. Человѣческое тѣло, согласно этому представленію, дѣлится на голову, туловище и конечности. Туловище въ свою очередь дѣлится на спину, бока, поясницу и т. п. Конечности тоже представляются какъ бы распадающимися на болѣе мелкія подраздѣленія — кисть, руку до локтя, стопу, ногу до колѣна. Кромѣ того все тѣло дѣлится строго средней линіей на правую и лѣвую половину. Соотвѣтственно этому грубому представленію у истерическихъ субъектовъ, слѣд. и у травматическихъ невротиковъ, получаются анэстезіи совершенно своеобразныя, не признающія никакой анатоміи. Изъ нихъ половинная анэстезія, ограничивающаяся одной половиной тѣла, кромѣ истеріи можетъ получиться и при органическихъ болѣзняхъ; напротивъ, другіе виды анэстезіи, напр. нижней половины тѣла, поясницы и ноги, анэстезія ноги строго по пупартовой связкѣ спереди и crista ossis ilei сзади, анэстезія половины головы строго по средней линіи или головы съ шеей („кукольная голова“ Oppenheim'а), или, что̀ бываетъ, одной волосистой части кожи головы, анэстезія кисти руки, оканчивающаяся въ видѣ перчатки на кистевомъ суставѣ или локтевомъ, анэстезія всей руки, оканчивающаяся по верхней границѣ m. deltoidei и т. п., сразу выдаютъ этой несоотвѣтствующей никакому органическому заболѣванію локализацией свое неорганическое, а именно истерическое происхожденіе. Еще болѣе подчеркивается это неорганическое происхожденіе анэстезій, если онѣ образуются послѣ травмы головы не на другой, противоположной сторонѣ тѣла, какъ это слѣдовало бы по законамъ анатоміи, а на той же, одноименной сторонѣ. О томъ, что такія анэстезіи обычно сопровождаются анэстезіями сенсорныхъ аппаратовъ на той же сторонѣ, гл. обр. съуженіемъ поля зрѣнія, было уже упомянуто. При болѣе детальномъ изслѣдованіи чувствительности съ цѣлью опредѣлить, на самомъ ли дѣлѣ больной не чувствуетъ раздраженій, необходимо помнить замѣчаніе Oppenheim'а

еще въ его монографіи 1892 г., что часто при травматическомъ неврозѣ признается симуляція на основаніи противорѣчій въ показаніяхъ больного, а между тѣмъ эти противорѣчія только мнимыя: больной или плохо воспринимаетъ раздраженія вслѣдствіе возбужденія изслѣдованіемъ, или невнимателенъ по той же причинѣ или вслѣдствіе утомленія изслѣдованіемъ и т. п., или просто даже не хорошо знаетъ, что отъ него требуютъ. Особенныя трудности представляетъ доказательство разстройствъ чувствительности, если дѣло идетъ не о полныхъ анэстезіяхъ, а о пониженіи чувствительности, гипэстезіяхъ, которыя обыкновенно встрѣчаются гораздо чаще, чѣмъ полныя анэстезіи. Совершенно невозможно поэтому изъ сбивчивости результатовъ при изслѣдованіи чувствительности заключать прямо о симуляціи. Иначе бы пришлось причислить къ ней многія даже органическія заболѣванія, напр. tabes, при которомъ тоже часто получаются противорѣчія въ показаніяхъ больного. *Кожные рефлексы* могутъ иногда помочь въ этихъ случаяхъ, если они отсутствуютъ на анэстезированной сторонѣ и налицо на здоровой. Но если они все-таки существуютъ на анэстезированной, особ. гипэстезированной сторонѣ— еще не значитъ, что анэстезіи нѣтъ. Прежде предлагалось въ случаѣ сомнѣній при болевой анэстезіи подвергать больного неожиданному для него болевому раздраженію; если онъ обнаруживалъ при этомъ защитительныя движенія, симуляція анэстезіи считалась доказанной (напр. такого мнѣнія былъ въ 1897 г. Goldscheider). Но въ новѣйшее время Oppenheim указалъ, что защитительныя движенія больного при внезапныхъ уколахъ, напр. булавкой въ нечувствительную для болевыхъ раздраженій область, еще не могутъ говорить за симуляцію, особ. если сохранена осязательная чувствительность. Именно внезапный уколъ, воспринимаемый, какъ просто неожиданное прикосновеніе, можетъ испугать больного и вызвать его защитительную реакцію даже при отсутствіи боли. Въ тѣхъ случаяхъ, когда границы анэстезій представляются довольно рѣзкими,

можно испробовать пріемъ Goldscheider'а, именно раздраженіе кожи фарадическимъ токомъ посредствомъ широкой металлической щетки, поставленной срединой какъ разъ на границѣ здоровой и анэстетической кожи. Если теперь незамѣтно для больного поднимать ту половину щетки, которая находится надъ здоровой кожей, больной, если онъ не симулянтъ, не долженъ чувствовать даже сильный фарадическій токъ. Наоборотъ, поднятіе щетки надъ анэстетической кожей не должно уменьшать болѣзненнаго ощущенія отъ тока, а, наоборотъ, даже усиливать его (вслѣдствіе сосредоточенія тока на меньшей поверхности). Тотъ же Goldscheider предложилъ для доказательства температурныхъ анэстезій свой методъ изслѣдованія чувствительности по областямъ. Предварительными изслѣдованіями онъ установилъ, что чувствительность къ холоду и теплу у здороваго человѣка не одинакова въ разныхъ областяхъ кожи и занесъ различныя степени этой чувствительности, именно къ холоду—12 степеней, къ теплу—8, на особыя схемы. Изслѣдованіе ведутъ постепенно по этимъ областямъ; если показанія больного совпадаютъ съ показаніями для тѣхъ же мѣстъ здороваго, то температурная чувствительность данной области нормальна. При гипэстезіяхъ же произойдетъ въ данной области—напр. при половинной гипэстезіи на гипэстетической половинѣ тѣла пониженіе на опредѣленное число степеней книзу. Ясно, что больному трудно было бы воспроизводить это равномѣрное убавленіе всѣхъ показаній по всѣмъ областямъ безъ противорѣчій, если-бъ даже онъ и догадался о принципѣ метода. Такимъ образомъ этотъ методъ даетъ весьма точныя объективныя данныя, но во-первыхъ, онъ касается только температурныхъ анэстезій, которыя не такъ часты при травматическихъ неврозахъ, а во-вторыхъ онъ годится скорѣй для клиническаго изслѣдованія и слишкомъ сложенъ для практическаго врача. Не имѣя возможности входить въ дальнѣйшія детали различныхъ болѣе спеціальныхъ и сложныхъ кунштюковъ для разоблаченія симуляцій, мы ог-

раничимся этими главнѣйшими, болѣе удобопримѣни мыми „объективными признаками".

Что касается *разстройствъ двигательной способности*, то они при травматическомъ неврозѣ могутъ имѣть трoякое происхожденіе. Способность движенія конечностью можетъ быть сохранена у больного, но онъ ею совершенно не пользуется вслѣдствіе ощущаемыхъ имъ при движеніи болей. Это явленіе, которое часто называютъ ошибочно параличами, правильнѣй бы называть *псевдопараличами* (Bruns). Конечно, искать при нихъ объективныхъ доказательствъ параличей не приходится—скорѣй требуется удостовѣрить боли. Затѣмъ движенія могутъ быть нарушены вслѣдствіе *неврастенической слабости*. Эти разстройства наблюдаются главн. образомъ въ ногахъ. Больной движетъ ими, вслѣдствіе болей отъ утомленія въ мышцахъ ногъ и спины, крайне медленно, почти волочитъ ноги за собой, какъ міэлитикъ, держится руками весьма характернымъ образомъ за поясницу, какъ бы подчеркивая этимъ исходный пунктъ своихъ неврастеническихъ ощущеній. Въ такихъ случаяхъ хорошимъ отличительнымъ признакомъ отъ органическихъ заболѣваній, а также и симуляціи является то обстоятельство, что когда больной „разойдется" т. е. слѣд., когда онъ преодолѣетъ чувство первоначальной усталости,—ходьба лучше удается. Характерно и то, что эти тоже „псевдопарезы" особенно рѣзко наблюдаются, подобно всѣмъ вообще неврастеническимъ явленіямъ, поутру, проходя обычно къ вечеру. Кромѣ того такіе неврастеническіе псевдопарезы и простая неврастеническая слабость сопровождаются обычно дрожаніемъ. Треморъ, наблюдаемый въ рукахъ и особ. пальцахъ рукъ обычно очень мелокъ, до 6—8—10 въ секунду, часто очень равномѣренъ. Какъ вообще дрожаніе конечностей, такъ и дрожаніе рукъ можетъ считаться само по себѣ уже цѣннымъ указаніемъ на то, что скорѣй имѣется дѣло съ настоящимъ нервнымъ страданіемъ, а не симуляціей. Но еслибъ дрожаніе казалось бы всетаки мало естественнымъ, можно воспользоваться методомъ Becker'a

(1908) (см. выше стр. 164). Наконецъ 3-ій рядъ разстройствъ движеній при травматическомъ неврозѣ—именно *настоящіе параличи или парезы*—всецѣло принадлежатъ къ истерическимъ параличамъ. Эти разстройства захватываютъ обычно тѣ же части тѣла, какъ и анэстезіи, которыми они сопровождаются часто, слѣдуя, подобно этимъ анэстезіямъ, не анатомическимъ и физіологическимъ законамъ, а выше описанному грубо-наивному представленію больного о дѣленіи тѣла на части. Такъ напр., при истерической гемиплегіи почти всегда отсутствуетъ параличъ лицевого нерва и языка; если имѣется параличъ всей руки, то въ отличіе отъ органическаго паралича (вслѣдствіе паралича нервнаго плечевого сплетенія) всѣ мышцы руки поражаются равномѣрно; при параличѣ периферіи руки поражаются всѣ движенія кисти и пальцевъ, какъ зависящія отъ мелкихъ мышцъ кисти, такъ и отъ длинныхъ мышцъ кисти и пальцевъ, чего уже никакъ не можетъ получиться при органическомъ параличѣ. Это распредѣленіе параличей при травматическомъ неврозѣ съ границами на суставахъ, совершенно схоже съ анэстезіями, такъ характерно кончающимися поперечно-круговыми границами надъ суставами же, и само по себѣ уже служитъ въ значительной степени объективнымъ доказательствомъ истерическаго происхожденія паралича, а отнюдь не признакомъ сознательной симуляціи, какъ иногда приходится слышать отъ неспеціалистовъ. Но особенно поразительнымъ и искусственнымъ можетъ показаться въ подобныхъ истерическихъ параличахъ то, что эти психогенныя разстройства движенія могутъ ограничиваться только произвольными движеніями и совершенно не касаться безсознательныхъ. Такъ больной Oppenheim'а съ парализованной рукой, падая на землю, воспользовался неожиданно для себя этой парализованной конечностью, и тѣмъ не менѣе онъ не былъ, какъ думали бы прежде, симулянтомъ. Точно также иногда движеніе, невозможное произвольно, можетъ получиться ассоціативно, при другомъ движеніи, подобно тому, какъ напр. у геми-

плегика парализованная рука можетъ производить нѣкоторыя движенія во время зѣвоты. Такъ больной травматическимъ неврозомъ, не высовывающій языка дальше края зубовъ, можетъ высунуть его, когда пробуютъ изслѣдовать вкусовую его чувствительность. Другой больной (Oppenheim'а) при полномъ параличѣ произвольныхъ движеній головою, дѣлалъ ею во время разговора привычныя ему прежде до заболѣванія безсознательныя движенія. Точно также больной въ наркозѣ можетъ двигать свободно своими членами и т. п. Сюда же относится и такой фактъ отмѣчаемый Oppenheim'омъ, Bruns'омъ и другими новѣйшими авторами, что больной съ истерическимъ параличемъ, когда его просятъ сдѣлать движеніе парализованнымъ членомъ или сопротивляться пассивному движенію имъ, дѣлаетъ страшныя усилія и напрягаетъ всѣ окружающія данный суставъ мышцы, но не тѣ, которыя нужны для даннаго движенія. Эти мышцы остаются вялыми, несокращенными. Это обусловливается совершенно не тѣмъ, что больной симулируетъ и не желаетъ выдать своей симуляціи, а лишь тѣмъ, что онъ утратилъ воспоминаніе объ цѣлесообразномъ распредѣленіи двигательныхъ импульсовъ и не можетъ послать ихъ въ тѣ мышцы, которыя въ своемъ представленіи онъ считаетъ не подчиняющимися его волѣ (Oppenheim). Еще болѣе разительнымъ, а для кого нибудь можетъ быть и подозрительнымъ въ смыслѣ симуляціи можетъ казаться тотъ своеобразный параличъ ногъ, при которомъ у больного парализуются не опредѣленныя мышцы, а опредѣленная, сложная двигательная функція. Сюда принадлежитъ симптомъ, носящій названіе astasia-abasia. При ней больной въ постели, лежа на спинѣ, можетъ продѣлывать въ полномъ объемѣ и съ хорошей силой всевозможныя движенія ногами, но обнаруживаетъ полную неспособность встать самому на ноги и стоять, а тѣмъ болѣе переступать ими. Этотъ своеобразный симптомъ весьма частъ у травматическихъ невротиковъ и нерѣдко онъ, выраженный въ сравн. болѣе слабой степени,

является причиной того, что ходьба больного значительно разстраивается. Впрочемъ, помимо этого, вообще походка при травматическомъ неврозѣ можетъ представлять самыя разнообразныя, часто крайне странныя разстройства и этими вычурными, совершенно необычными чертами часто сразу обнаруживаетъ свое психогенное, именно истерическое происхожденіе и тѣмъ исключаетъ подозрѣніе въ симуляціи. Намъ лично припоминается одинъ травматическій невротикъ изъ клиники prof. Ziehen'а въ Берлинской Charité, который долго ходилъ своеобразной, ни на что не похожей походкой, вынося на каждомъ шагу соотвѣтственную ногу впередъ широкимъ полукругомъ; причемъ при этомъ продѣлывалъ паретическими ногами и туловищемъ цѣлый рядъ движеній, повторявшихся стереотипно въ томъ же опредѣленномъ порядкѣ на каждомъ шагу и въ общемъ требовавшихъ гораздо больше силы отъ всѣхъ мышцъ тазобедреннаго сустава, чѣмъ сколько требовалось бы для одного только простого передвиженія ногъ. Только послѣ мѣсяца упражненій въ ходьбѣ, производившихся почти ежедневно подъ надзоромъ профессора Ziehen'а, больной постепенно справился со всѣми этими вычурными выворачиваніями носковъ кнаружи, поворачиваніями корпуса въ направленіи движущейся впередъ ноги и т. п., и вернулъ себѣ нормальную походку.

Такимъ образомъ перечисленные „объективные признаки“ требуютъ отъ эксперта очень значительнаго навыка въ невропатологическомъ изслѣдованіи и въ оцѣнкѣ результатовъ его. При отсутствіи же этого навыка могутъ получиться мало достовѣрные результаты. Тѣмъ болѣе это можетъ случиться, если экспертъ неспеціалистъ не ограничится этими болѣе ходовыми, такъ сказать, признаками, но будетъ искать опору своему діагнозу и въ другихъ, болѣе детальныхъ и спеціальныхъ признакахъ неврозовъ вслѣдствіе несчастныхъ случаевъ. Не обладая необходимымъ для этого невропатологическимъ опытомъ, особенно, если самое изслѣдованіе требуетъ спеціальныхъ пріемовъ, напр.

изслѣдованія электровозбудимости мышцъ и нервовъ, неспеціалистъ легко можетъ придти къ выводамъ научно мало обоснованнымъ, но, не замѣчая этого, можетъ составить себѣ совершенно невѣрное представленіе о симуляціи больнымъ его страданія.

Въ самомъ дѣлѣ, многіе изъ пріемовъ, которые рекомендовывались въ разное время и разными авторами какъ самые вѣрные для „разоблаченія симулянтовъ", а затѣмъ отвергались, какъ совершенно ничего невыясняющіе, заставляютъ насъ быть осторожными съ діагнозомъ симуляціи при посредствѣ современныхъ „объективныхъ признаковъ". Не говоря уже о Rigler'ѣ, считавшемъ всѣхъ невротиковъ симулянтами, если у нихъ не было симптомовъ міэлита, не касаясь неожиданнаго обрызгиванія ихъ горячей водой, прописыванія имъ разныхъ средствъ вродѣ „mixtura diabolica", рвотныхъ, потогонныхъ—пилокарпина, салициловой кислоты и т. п. (Wichmann 1892) и многихъ другихъ имъ подобныхъ кунштюковъ для уловленія симулянтовъ, мы укажемъ только въ дополненіе къ разбору всѣхъ вообще ходовыхъ объективныхъ признаковъ еще одинъ примѣръ. При параличѣ мышцъ, поднимающихъ плечо, считался доказательнымъ для симуляціи такой пріемъ. Врачъ поднимаетъ парализованную руку больного кверху и затѣмъ опускаетъ ее, неожиданно для больного. При дѣйствительномъ параличѣ рука сейчасъ же упадетъ книзу, какъ плеть, такъ какъ способность ея опускаться постепенно зависитъ отъ парализованной мышцы, при симуляціи же паралича, думали тогда, больной не догадается сразу опустить руку и симуляція доказана. Но затѣмъ, какъ было уже сказано выше, было выяснено, что при психическихъ параличахъ вообще, къ каковымъ принадлежатъ и параличи при такъ наз. „травматическихъ неврозахъ", могутъ парализоваться только произвольныя движенія и сохраняться аффективныя и рефлекторныя. Слѣд. этотъ признакъ не можетъ говорить противъ того, что у больного всетаки существуетъ хотя психическій, но реальный параличъ (Oppenheim 1905).

Выводъ изъ всѣхъ этихъ примѣровъ ясенъ. Къ такъ называемымъ „объективнымъ признакамъ“ неврозовъ послѣ несчастныхъ случаевъ необходимо относиться строго критически. Вполнѣ „объективныхъ“ признаковъ очень мало. Не даромъ проф. Bergonié на послѣднемъ (въ 1908 г.) международномъ Конгрессѣ Физіо-терапевтовъ въ Римѣ, указавъ на спорность многихъ такъ назыв. „объективныхъ признаковъ“ травматическаго невроза, считалъ необходимымъ избрать международную комиссію невропатологовъ для установленія списка несомнѣнныхъ объективныхъ признаковъ со стороны нервной системы, особ. электродіагностическихъ, чтобы имъ могли пользоваться въ своей практической дѣятельности врачи-неспеціалисты. Необходимо при этомъ принять во вниманіе, что не всѣ объективные признаки со стороны нервной системы являются равноцѣнными. Вѣдь среди нихъ имѣются самыя разнообразныя градаціи, отъ строго объективныхъ, почти приближающихся къ органическимъ, какъ напр. сосудисто-сердечные симптомы, до такихъ субъективныхъ, которые могутъ почти совершенно не объективироваться, какъ напр. боли. Чѣмъ болѣе объективны „объективные“ признаки, тѣмъ болѣе легка экспертиза. Чѣмъ они менѣе объективны, тѣмъ труднѣй вынести опредѣленное сужденіе о больномъ. И особенно трудно рѣшить этотъ вопросъ, если, какъ иногда бываетъ, не удается найти никакихъ строго объективныхъ признаковъ со стороны нервной системы и приходится ограничиваться лишь относительно объективными. Наконецъ, какъ показываетъ опытъ, довольно часты случаи, когда при неврозахъ вслѣдствіе несчастныхъ случаевъ вообще не удается констатировать какихъ либо объективныхъ признаковъ со стороны нервной системы. Въ такомъ случаѣ еще скорѣе можетъ возникнуть подозрѣніе, что больной даетъ ложныя показанія о своихъ субъективныхъ переживаніяхъ. А между тѣмъ такіе случаи безъ объективныхъ признаковъ далеко нерѣдки даже среди чисто мѣстныхъ неврозовъ вслѣдствіе несчастныхъ случаевъ. Къ таковымъ напр. относятся упорныя невральгическія боли

послѣ травмъ,—суставные и прочіе неврозы, которые именно потому и относятся нами къ функціональнымъ нервнымъ болѣзнямъ, что при нихъ нельзя констатировать никакихъ органическихъ измѣненій со стороны нервной системы. При такихъ неврозахъ часто, несмотря на самые тщательные розыски, не получается никакихъ „объективныхъ признаковъ“ болѣзненнаго ощущенія, ни симптомовъ при давленіи на мѣсто ощущенія этой боли, т. е. признаковъ Mannkopf-Rumpf'а, или убѣдительныхъ гримасъ больного; сонъ его можетъ не нарушаться этими болями, больной можетъ ощущать ихъ только при опредѣленныхъ позахъ во время работы. Ни рентгеновское изслѣдованіе, ни другіе методы изслѣдованія не могутъ обнаружить никакихъ анатомическихъ основаній для болей, и тѣмъ не менѣе боли могутъ существовать не только въ воображеніи больного, но и въ дѣйствительности, и притомъ быть и весьма мучительными и крайне упорными. Вѣдь эти боли, какъ и многія другія субъективныя переживанія, не обязаны непремѣнно объективироваться. Въ этомъ отношеніи поучительно заявленіе проф. Weygandt'а на 12-мъ съѣздѣ южно-германскихъ невропатологовъ и психіатровъ въ 1907 году. Приведемъ его дословно. „Иной больной съ его жалобами на упорныя боли въ какой либо части тѣла напоминаетъ мнѣ“, говорилъ Weygandt, „мой собственный опытъ лѣтъ 12 тому назадъ, когда на загородной прогулкѣ я получилъ ударъ въ крестцовую область и тотчасъ же вслѣдъ за нимъ жесточайшія болѣзненныя ощущенія въ ушибленной области, а изслѣдованіе проф. Erb'а, несмотря на полное вниманіе его къ заболѣванію, не обнаружило никакихъ объективныхъ признаковъ. Но я и до сихъ поръ черезъ 12 лѣтъ при извѣстныхъ движеніяхъ ощущаю туже прежнюю характерную интенсивную боль“. Едва ли можно лучше иллюстрировать нашу безпомощность въ извѣстныхъ случаяхъ несомнѣнно реальныхъ невымышленныхъ болей: доказать ихъ объективную природу путемъ обычнаго изслѣдованія мы часто не въ состояніи.

Таково положеніе дѣла при мѣстныхъ страданіяхъ нервной системы, когда субъективныя ощущенія всетаки связываются съ опредѣленнымъ мѣстомъ и опредѣленной причиной, именно травмой. Но часто подобное же отсутствіе „объективныхъ признаковъ“ наблюдается и въ другихъ неврозахъ болѣе общаго характера, при которыхъ точно также врачъ часто бываетъ вынужденъ, какъ хорошо опредѣлилъ еще въ 1891 году E. Roth, — давать „объективную“ экспертизу на основаніи „субъективныхъ“ явленій. Напр. смѣшанная форма различныхъ неврозовъ, травматическій неврозъ въ собственномъ смыслѣ слова съ одной стороны можетъ не сопровождаться никакими мѣстными физическими поврежденіями, а съ другой, заболѣваніе это, возникая въ такихъ случаяхъ, какъ неврозъ отъ испуга, т.-е. вслѣдствіе исключительно психической травмы, можетъ не сопровождаться никакими симптомами со стороны нервной системы, вполнѣ выливаясь исключительно въ психическихъ явленіяхъ. При этихъ неврозахъ психическіе моменты въ моментъ травмы играютъ главную роль и соотвѣтственно этому и въ самой картинѣ болѣзни симптомы нервной системы отступаютъ на задній планъ и наоборотъ, бросаются въ глаза явленія со стороны психической сферы. И только въ нихъ экспертъ можетъ найти основу для діагноза. Объективность этихъ психическихъ симптомовъ для психіатра не менѣе достовѣрна, чѣмъ объективность нервныхъ симптомовъ для невропатолога, но вполнѣ точную оцѣнку этой достовѣрности можетъ, понятно, дать только врачъ, обладающій психіатрической подготовкой, и привыкшій не только въ судебныхъ случаяхъ неврозовъ послѣ несчастныхъ случаевъ, но и во всѣхъ другихъ несудебныхъ психическихъ заболѣваніяхъ находить свои, не невропатологическіе, а психіатрическіе „объективные признаки“ психическихъ разстройствъ. Врачъ — не психіатръ можетъ въ такихъ случаяхъ, гдѣ нѣтъ объективныхъ признаковъ со стороны нервной системы, только судить по общему впечатлѣнію отъ всего поведенія больного и на

основаніи его можетъ считать вѣроятнымъ или существованіе у больного невроза или возможность симуляціи его. И чѣмъ болѣе данный экспертъ знакомъ съ психическими разстройствами у такихъ невротиковъ, съ общей картиной психическихъ формъ неврозовъ послѣ травмъ, тѣмъ больше вѣроятность его экспертизы будетъ приближаться къ достовѣрности. Но полная достовѣрность можетъ получиться только при экспертизѣ такого психо-невротика опытнымъ психіатромъ.

Въ виду этого придется коснуться и вопроса **объ „объективныхъ“ психіатрическихъ признакахъ**. Это тѣмъ болѣе необходимо, что вѣдь и причиной таковыхъ психическихъ разстройствъ является болѣзненная реакція психики больного на несчастный случай, которая отличается отъ нормальной реакціи ея только тѣмъ, что не выравнивается вскорѣ, а наоборотъ принимаетъ затяжное, упорно не поддающееся никакимъ воздѣйствіямъ и черезмѣрное по своимъ проявленіямъ теченіе. Въ случаяхъ несудебныхъ именно эта чрезмѣрность психическихъ явленій и ихъ упорство заставляетъ насъ признавать болѣзненный характеръ ихъ. Въ случаяхъ же судебныхъ этого мало. Врачу необходимо представить доказательства, что данныя психическія явленія не представляютъ симуляціи. Вообще рѣшеніе вопроса о томъ, существуетъ ли душевная болѣзнь у даннаго субъекта, по свидѣтельству проф. С. С. Корсакова, очень трудно въ тѣхъ случаяхъ, когда изслѣдуемое лицо притворяется психически больнымъ или, наоборотъ, старательно скрываетъ свои болѣзненныя ощущенія. „Рѣшеніе вопроса о существованіи симуляціи можетъ быть сдѣлано“, говоритъ профессоръ, „только послѣ довольно продолжительнаго наблюденія. Въ большинствѣ случаевъ симулянты не выдерживаютъ своей роли до конца и не представляютъ той гармоніи симптомовъ, какую представляютъ истинно-душевно-больные. Они утрируютъ и представляютъ не истинно-душевно-больныхъ, а такихъ, которыхъ они знаютъ по романамъ или по сценѣ. Физическіе признаки часто не гармо-

нируютъ съ психическими“. Поэтому онъ считаетъ долгомъ „предостеречь отъ того, чтобы очень быстро составлять заключеніе о притворствѣ только на основаніи того, что мы не находимъ полнаго совпаденія признаковъ болѣзни у испытуемаго съ описаніемъ данной болѣзни въ учебникахъ“. Профессоръ обращаетъ вниманіе на то, что „у дегенерантовъ, истеричныхъ и т. п. болѣзнь идетъ нерѣдко совершенно нетипично и разнообразіе въ этихъ уклоненіяхъ отъ типа бываетъ очень велико“, а также заявляетъ категорически, что „нельзя основывать свое заключеніе о притворствѣ не замѣчаемой у испутыемаго утрировкѣ симптомовъ. Иногда сама утрировка“, говоритъ онъ, „есть проявленіе болѣзни, частью зависящее отъ формы болѣзни (напр. при истеріи), частью отъ индивидуальности больного. Такъ я замѣчалъ, что душевно-больные изъ театральнаго міра (артисты, ученики драматическихъ школъ) часто поражаютъ утрировкой проявленія своего болѣзненнаго состоянія и могутъ подать поводъ думать о симуляціи, когда ея вовсе и нѣтъ“. Обращаетъ профессоръ вниманіе и еще на одну возможность ошибки. „Затѣмъ не нужно забывать и того, что иногда больной дѣйствительно симулируетъ какую либо болѣзнь, но у него хотя и нѣтъ болѣзни, которую онъ изображаетъ, но всетаки есть настоящая болѣзнь, о которой онъ самъ и не знаетъ. Такъ напр. лица, страдающія въ дѣйствительности сутяжнымъ помѣшательствомъ, иногда для своихъ цѣлей притворяются душевно-больными, напр. маніакам г. Маніи у нихъ нѣтъ, она притворная; но сутяжное помѣшательство есть, хотя самъ больной его и не сознаетъ.“ И въ концѣ концовъ С. С. Корсаковъ приходитъ къ выводу: „Вообще очень быстро рѣшать вопросъ о симуляціи не слѣдуетъ. Нужно помнить, что въ громадномъ большинствѣ случаевъ симулировать душевную болѣзнь начинаетъ человѣкъ, имѣющій дѣйствительные задатки болѣзни“.

Приступая къ вопросу о симуляціи психическихъ явленій при неврозахъ вслѣдствіе несчастныхъ случаевъ,

намъ необходимо все время не упускать изъ виду этого авторитетнаго перечисленія всѣхъ опасностей, которыя угрожаютъ правильности экспертизы врача вообще въ психическихъ болѣзняхъ, такъ какъ эти опасности особенно угрожаютъ врачу, неспеціалисту въ психическихъ болѣзняхъ, при сужденіи о психическихъ разстройствахъ у потерпѣвшихъ несчастный случай. Иначе можно впасть въ ошибку нѣкоторыхъ нѣмецкихъ авторовъ, которые прямо совѣтуютъ, приступая къ изслѣдованію пострадавшихъ отъ несчастныхъ случаевъ, прежде всего смотрѣть на нихъ, не какъ на больныхъ, а какъ на симулянтовъ.

Итакъ, какимъ образомъ можемъ мы отличить дѣйствительнаго больного, страдающаго неврозомъ отъ несчастнаго случая и представляющаго психическія явленія, отъ симулянта? Какъ можемъ доказать, что представляемыя субъектомъ психическія явленія не являются искусственными, притворными, нарочно симулированными, чтобъ ввести въ обманъ эксперта? Возможна ли симуляція психическихъ разстройствъ, характерныхъ для травматическаго невроза? Прежде всего надо замѣтить, что вообще поддѣлка какихъ либо психическихъ разстройствъ требуетъ настолько большого искусства и настолько рѣдкой выдержки со стороны симулянта, что едва ли возможно ожидать встрѣтить симуляцію психическихъ явленій травматическаго невроза здоровымъ. Это слѣдуетъ подчеркнуть въ виду того, что въ практикѣ судебныхъ экспертизъ, особенно тюремныхъ, распространено мнѣніе о частотѣ случаевъ, когда здоровые симулируютъ психическихъ больныхъ, „дурака валяютъ", по тюремной терминологіи. Интересно, что и заграницей врачамъ приходится встрѣчаться съ такимъ же мнѣніемъ. Покрайней мѣрѣ Weygandt считаетъ необходимымъ отмѣтить, какъ ошибочное, мнѣніе нѣмецкихъ юристовъ, что здоровые могутъ легко изобразить изъ себя „сумасшедшаго" „wilden Mann".

Конечно, отрицать возможность попытокъ симуляціи психическихъ явленій послѣ травмы не приходится. Эти

попытки иногда встрѣчаются. Но едва ли возможно думать, чтобы эти попытки оставались нераспознанными врачемъ. Въ такомъ случаѣ даже сравнительно мало опытный въ психіатріи врачъ можетъ составить себѣ правильное сужденіе, такъ какъ поддѣлки „сумасшествія“ бываютъ обыкновенно очень грубы и притомъ касаются только болѣзненныхъ явленій, которыя въ представленіи профановъ считаются обязательными аттрибутами всякаго „сумасшедшаго“, какъ напр. буйство, безсмысленные поступки, бредовыя идеи и т. п., и которыя совершенно несвойственны травматическому неврозу. Кромѣ того, изображая „сумасшедшаго“, „безумнаго“, здоровый симулянтъ обыкновенно еще пересаливаетъ въ своемъ усердіи и представляетъ эти обязательные, по его мнѣнію, аттрибуты сумасшествія въ рѣзко утрированной формѣ. Такъ Bruns описываетъ одного пострадавшаго отъ несчастнаго случая, который изображалъ изъ себя сумасшедшаго, но такъ грубо, что Bruns сразу это замѣтилъ и далъ понять объ этомъ самому субъекту. Послѣдній съ протестами покинулъ больницу, продолжалъ нѣкоторое время выдерживать свою роль, пока ѣхалъ изъ больницы по городу, но уже на вокзалѣ принялъ нормальный видъ и дома принялся за работу. Другой субъектъ представлялъ въ больницѣ признаки невѣроятно грубаго безсмыслія; Bruns заподозрилъ вліяніе на него бывшей съ нимъ его жены, державшей его крѣпко въ рукахъ и, повидимому, заставлявшей больного въ корыстныхъ видахъ разъигрывать сумасшедшаго. Bruns удалилъ жену прочь. Субъектъ быстро пришелъ послѣ того къ нормѣ и уже черезъ нѣсколько дней былъ отправленъ домой съ діагнозомъ симулянта. Дома онъ все время не обнаруживалъ больше никакихъ болѣзненныхъ явленій и работалъ. Но, очевидно, вліяніе жены продолжалось и дома, такъ какъ этотъ субъектъ черезъ нѣкоторое время покончилъ самоубійствомъ, заявивъ незадолго передъ нимъ, что „не можетъ больше переносить своей жены“. Этихъ двухъ примѣровъ достаточно, чтобы показать, что попытки симуляціи

психическихъ разстройствъ при неврозахъ вслѣдствіе несчастныхъ случаевъ сравн. легко могутъ быть разоблачены и что симулируются послѣ несчастныхъ случаевъ обычно не тѣ психическія явленія, которыя характерны для „травматическаго невроза“ sensu strictiori. Относительно такихъ случаевъ едва ли и неспеціалистъ можетъ испытывать затрудненія. И не только потому, что эти случаи легко различимы, сколько потому что такіе случаи искусственнаго помѣшательства обычно, какъ и настоящіе психозы, направляются въ психіатрическія больницы. Тѣже случаи, которые подлежатъ компетенціи врача—неспеціалиста, большею частью не представляютъ такихъ рѣзкихъ растройствъ. Травматическіе неврозы, хотя и невропсихозы, но не чистые еще психозы. И наблюдая у такого травматическаго невротика нерѣзко выраженные психическіе симптомы, неспеціалистъ естественно можетъ иногда подумать, не имѣется ли тутъ дѣло съ симуляціей? И рѣшить этотъ вопросъ не такъ уже легко, какъ при грубой симуляціи. Правда, когда больной вообще представляетъ лишь тонкія, нерѣзко выраженныя явленія психозовъ, уже самое отсутствіе преувеличеній въ изображаемой картинѣ болѣзни можетъ говорить противъ симуляціи. Скорѣе въ такихъ случаяхъ можно опасаться не столько симуляціи больнымъ болѣзни, сколько того, чтобы не принять за болѣзнь простой физіологической реакціи здороваго на несчастный случай. Отправить въ психіатрическую больницу такого больного не имѣется достаточно основаній, онъ самъ не считаетъ себя психическимъ больнымъ. Приходится эксперту самому разбираться въ такихъ случаяхъ съ нерѣзко выраженными психическими симптомами.

Здѣсь прежде всего не слѣдуетъ забывать, что всѣ психическіе симптомы этой болѣзни представляются слишкомъ незначительными, нерѣзкими на взглядъ профановъ, и едва ли возможно предположить намѣренное ихъ симулированье. Изъ сомнительныхъ на симуляцію психическихъ явленій придется развѣ остановиться только на подавлен-

номъ состояніи больныхъ травматическимъ неврозомъ и ихъ чрезмѣрной возбудимости.

Высказывается иногда мнѣніе, что здоровый симулянтъ можетъ быть принятъ ошибочно во время изслѣдованія за депрессивнаго психическаго больного. Онъ боится-де, что его разоблачать, и принимаетъ вслѣдствіе этого невольно тревожно—подавленный видъ, который якобы можетъ сопровождаться даже и другими нервными явленіями, свойственными травматическому неврозу, напр. дрожью рукъ, учащеніемъ пульса и т. п. На это можно замѣтить, что такая боязнь и возбужденіе при изслѣдованіи можетъ быть и возможны, но развѣ только у неопытныхъ, случайныхъ симулянтовъ. А закоренѣлый симулянтъ, какъ вполнѣ справедливо заявляетъ Bruns, едва ли станетъ такъ сильно волноваться при изслѣдованіи. Такой планомѣрный симулянтъ, разъ онъ на это пошелъ, имѣетъ уже нѣкоторый опытъ, знаетъ, что врачу трудно уличить его ad oculos omnium въ умышленной симуляціи и совершенно спокоенъ за свою судьбу. Кромѣ того едва ли врачъ-экспертъ въ случаѣ подозрѣній на симуляцію, можетъ ограничиться однократнымъ изслѣдованіемъ больного, обнаруживающаго подозрительныя психическія явленія. Чтобы выяснить себѣ вопросъ, не имѣется ли дѣло съ симулянтомъ, врачъ, конечно, будетъ искать другихъ психическихъ признаковъ, кромѣ депрессіи—ипохондрическихъ страховъ, тоскливости, чрезмѣрной возбудимости психической сферы и ея болѣзненной утомляемости и т. п. Едва ли можно допустить, что такіе опытные симулянты, освѣдомленные необыкновенно точно во всѣхъ подробностяхъ симптомокомплекса травматическаго невроза и отдѣльныхъ его проявленій, вообще возможны. Вѣдь они тогда должны бы были знать психическія болѣзни лучше многихъ врачей, неспеціалистовъ въ психіатріи, что̀ едва ли возможно предполагать иначе, какъ въ видѣ исключенія. Но, если даже и допустить эту почти невѣроятную возможность, едва ли у такого опытнаго симулянта найдется достаточно выдержки, чтобы повторять

свою роль въ теченіе многихъ изслѣдованій. При внимательномъ наблюденіи поведенія больного во время этихъ изслѣдованій для врача, освѣдомленнаго въ психіатріи, конечно, не могутъ пройти незамѣченными различныя преувеличенія въ симптомахъ, различныя несоотвѣтствія ихъ картинѣ травматическаго невроза, иногда даже отсутствіе другихъ признаковъ его, помимо психическихъ, напр. со стороны нервной системы, или, наоборотъ, появленіе такихъ признаковъ, которые несвойственны травматическому неврозу, а лишь грубому представленію симулянта о психическихъ и нервныхъ заболѣваніяхъ.

И, наконецъ, особые методы спеціальнаго изслѣдованія, им. психологическіе могутъ дать въ руки эксперта весьма доказательныя данныя объективнаго опредѣленія состоянія психической сферы у даннаго больного. Изъ этихъ объективныхъ психологическихъ методовъ особенно разработанъ Kraepelin'омъ и его учениками Gross'омъ и Röder'омъ методъ опредѣленія умственной работоспособности. Испытуемому предлагается рядъ однозначныхъ цыфръ для письменнаго сложенія, причемъ черезъ извѣстные промежутки времени отмѣчается, сколько сложеній сдѣлано. Оказывается, что при травматическомъ неврозѣ процессъ этого счисленія значительно замедляется сравнительно съ нормальнымъ субъектомъ. Этотъ послѣдній производитъ вычисленія съ строго опредѣленной для нормальнаго человѣка скоростью. Но считающій субъектъ самъ для себя не можетъ никакимъ образомъ опредѣлить ту скорость, съ какой онъ считаетъ въ каждый данный моментъ. Поэтому крайне трудно производить эту работу по желанію медленнѣй, чѣмъ обычно, или скорѣй. Авторы этого метода, конечно, освѣдомленные во всѣхъ деталяхъ его гораздо лучше всѣхъ другихъ экспериментированныхъ ими, пробовали сами замедлять эту работу произвольно и, если имъ это удавалось отдѣльными моментами во время ряда вычисленій, оказывалось, что эта попытка искусственно замедлить темпъ работы тотчасъ же обнаруживалась

самымъ неопровержимымъ образомъ. Въ такіе моменты получались крайне грубыя отклоненія отъ нормальной, установившейся до того и снова появляющейся послѣ того, скорости вычисленія; замедленіе въ такихъ случаяхъ не только превышало во много разъ эту скорость, но, больше того, оно превышало отъ 2 до 5 разъ то замедленіе, которое является характернымъ для травматическихъ невротиковъ. Тѣмъ еще нагляднѣй и грубѣй были бы преувеличенія у неосвѣдомленныхъ въ этихъ методахъ, особ. если эти вычисленія повторять по нѣскольку разъ. Для неграмотныхъ, конечно, этотъ методъ не годится. У нихъ его можно замѣнить устными счисленіями. Если отъ этого получатся нѣкоторыя затрудненія для выполненія счета, то уже неграмотность изслѣдуемаго устраняетъ подозрѣніе въ освѣдомленности больного въ тонкостяхъ метода и гарантируетъ еще большую возможность быстраго разоблаченія предумышленности, попытки симулировать. Кромѣ этого крайне доказательнаго метода объективнаго изслѣдованія заторможенности умственныхъ процессовъ, тотъ же Kraepelin даетъ также методъ для объективнаго доказательства повышенія утомляемости, которая представляетъ одинъ изъ крайне характерныхъ психическихъ симптомовъ травматическаго невроза. Предлагая больному слагать однозначныя числа ежедневно нѣсколько дней—одинъ день подрядъ 10 минутъ, слѣдующій—съ паузами въ 5 минутъ, Kraepelin получалъ рядъ чиселъ, который показывалъ, что при вычисленіи съ паузами счетъ послѣ нихъ идетъ гораздо быстрѣй, чѣмъ передъ самой паузой. Очевидно, во время паузы выравнивается утомленіе отъ предъидущихъ вычисленій, которое передъ паузой сказывалось постепеннымъ замедленіемъ. Чѣмъ лучше идетъ работа сейчасъ же послѣ паузы, тѣмъ больше было утомленіе непосредственно передъ послѣдней. У травматическихъ невротиковъ, какъ разъ и обнаруживается такое рѣзкое колебаніе работоспособности, именно рѣзкое замедленіе вычисленій передъ паузой, быстрое возстановленіе нормальной быстроты послѣ паузы

и затѣмъ снова еще болѣе быстрое паденіе. Этотъ методъ даетъ при сравненіи съ нормальнымъ субъектомъ уже совершенно объективныя данныя умственной утомляемости, такъ какъ абсолютно невозможно измѣнять уже не только одну быстроту работы, но и постепенныя замедленія ея въ зависимости отъ паузъ, не говоря уже о томъ, что при повторныхъ изслѣдованіяхъ требовалось бы производить эти измѣненія одинаково точь въ точь изо дня въ день. Въ общемъ по поводу этихъ методовъ психологическаго изслѣдованія можно сказать, что едва ли даже въ области невропатологическихъ объективныхъ признаковъ мы найдемъ много такихъ объективныхъ, невоспроизводимыхъ искусственно, какъ даваемые этими методами.

Въ случаѣ сомнѣній, особ. у врача, мало компетентнаго въ психіатріи, конечно, необходимо прибѣгнуть къ помощи спеціалистовъ, можетъ быть, даже помѣстить подозрѣваемаго въ симуляціи въ благоустроенное психіатрическое заведеніе. Тамъ при правильномъ больничномъ наблюденіи не могутъ пройти незамѣченными всѣ преувеличенія, всѣ несоотвѣтствія явленій обычной картинѣ болѣзни, невыдержанность роли и т. п. А съ другой стороны, наблюденіе въ такой больницѣ можетъ установить психіатрически-объективными данными существованіе невроза. Дѣло въ томъ, что, если даже травматическій неврозъ будетъ чисто психическій, т. е. не сопровождается явленіями со стороны нервной системы и слѣд. не будетъ налицо объективныхъ нервныхъ признаковъ, которымъ обычно придается главный вѣсъ при обсужденіи вопроса о симуляціи травматическаго невроза, всетаки психіатръ въ симптомахъ этого чисто психическаго травматическаго невроза можетъ найти достаточное число своихъ психическихъ признаковъ, которые для него такъ же объективны при этой болѣзни, какъ и при всякомъ другомъ психозѣ; этими объективными признаками будутъ служить, главнымъ образомъ, полное соотвѣтствіе всѣхъ наблюдаемыхъ симптомовъ картинѣ болѣзни травматическаго невроза. Затѣмъ нѣкоторые отдѣльные симптомы бо-

лѣзни могутъ быть, такъ сказать, объективироваться. Напр. приступъ тоски, какъ указывалъ еще въ 1892 году Oppenheim, помимо субъективнаго чувства больного, недоступнаго провѣркѣ посторонним, выражается часто такими явленіями, которыя могутъ быть признаны объективными. Это будутъ: учащеніе пульса, двигательное безпокойство, вазомоторные приливы къ лицу, широкіе зрачки и тому подобныя явленія во время приступа тоски, безсонныя ночи вслѣдствіе ея же и т. д.

Не имѣя возможности подробно обсуждать спеціальный вопросъ о психіатрическихъ методахъ наблюденія психическихъ разстройствъ у невротиковъ вслѣдствіе несчастныхъ случаевъ, мы не можемъ не привести мнѣнія по этому вопросу С. С. Корсакова, мнѣніе, которое можно до нѣкоторой степени разсматривать, какъ завѣщаніе покойнаго профессора, указывающее, какими средствами врачъ—психіатръ, не забывая своей главной задачи—помощи больному, можетъ, наблюдая испытуемаго въ больницѣ, получить отвѣтъ на вопросъ: симулируетъ ли здоровый какую-либо психическую болѣзнь или дѣло идетъ о больномъ на самомъ дѣлѣ. „Внимательное наблюденіе за больными, строгое взвѣшиваніе всѣхъ симптомовъ, гармоничность ихъ между собою, полное согласіе съ теченіемъ несомнѣнныхъ психозовъ, наконецъ, нѣкоторые несимулируемые *объективные* признаки, какъ полное отсутствіе сна, сравненіе положенія больныхъ при врачахъ и при прислугѣ, разница въ зрачкахъ,—обыкновенно даютъ возможность рѣшить вопросъ, въ чемъ дѣло. При изслѣдованіи сомнительныхъ больныхъ приходится иногда прибѣгать къ нѣкоторымъ особенностямъ наблюденія, — дѣлать опыты, позволяющіе судить, насколько больной реагируетъ на то или другое впечатлѣніе; но было бы неправильно, несправедливо и жестоко прибѣгать къ какимъ-либо мѣрамъ, могущимъ хотя бы и раскрыть обманъ, но повредить больному, напр. употребленіе ядовъ, уменьшающихъ задерживающее вліяніе воли, (напр. хлороформа, вина), или пользованіе гипнозомъ, или

такія жестокія мѣры, какъ испытаніе терпѣнія изслѣдуемаго помѣхой его сну, или употребленіе суровыхъ мѣръ, какъ бы для лѣченія. Прежде, къ сожалѣнію, и такія мѣры примѣнялись, но теперь никакой уважающій свое званіе врачъ къ этому не обратится“. Едва ли можно достаточно подчеркнуть всю важность этого vademecum и для случаевъ экспертизы невротиковъ вслѣдствіе несчастныхъ случаевъ. Въ самомъ дѣлѣ и въ нѣмецкой литературѣ мы встрѣчаемъ строгое осужденіе методовъ разоблаченія симуляціи у этихъ несомнѣнно больныхъ, методовъ, которые едва ли можно считать не только гуманными, но и просто цѣлесообразными. Еще въ 1890 году Oppenheim, возражая на Международномъ Медицинскомъ Конгрессѣ въ Берлинѣ Seeligmüller'у, упрекавшему его, что онъ въ своей монографіи о травматическомъ неврозѣ не приводитъ методовъ „разоблаченія“ симуляціи этого заболѣванія, указывалъ, что ему, Oppenheim'у, приходилось видѣть случаи, когда тяжело больные и вообще ненормально возбудимыя лица невыдерживали третированія ихъ, какъ симулянтовъ, и постояннаго недовѣрія къ нимъ и, будучи несомнѣнно больными, тѣмъ не менѣе заявляли своему эксперту: „Ну-да, я симулянтъ, оставьте же меня въ покоѣ!“ „Въ виду этого“, заявлялъ Oppenheim, „я не могу отогнать отъ себя опасенія, что часть больныхъ, на которыхъ ссылаются*), какъ на примѣръ разоблаченной симуляціи, симулировали на самомъ дѣлѣ не болѣзнь, а здоровье, къ чему они вынуждались изслѣдованіемъ“. И это заявленіе Oppenheim'а оказалось пророческимъ. Въ 1893 году Ebstein опубликовалъ исторію болѣзни одного изъ такихъ „разоблаченныхъ симулянтовъ“. Въ 1883 году одинъ машинистъ получилъ послѣ несчастнаго случая неврозъ и вслѣдъ затѣмъ ренту, какъ дѣйствительный больной. Въ 1889 году онъ подвергся переосвидѣтельствованію въ клиникѣ проф. Erb'а, былъ признанъ симулянтомъ и преувеличивающимъ свою болѣзнь,

---

*) Здѣсь Oppenheim имѣлъ въ виду больныхъ Albin'а Hoffmann'а.

но такъ какъ всетаки допускалась возможность слабо выраженнаго травматическаго невроза, то онъ не былъ признанъ совершенно работоспособнымъ и продолжалъ получать ренту, хотя и въ уменьшенномъ размѣрѣ. Въ своей работѣ 1891 года Albin Hoffmann упоминалъ этотъ случай, какъ случай несомнѣннаго симулянта, не только разоблаченнаго въ клиникѣ Геттингенскаго университета, гдѣ его наблюдалъ Hoffmann, но, что́ по мнѣнію Hoffmann'a было особенно доказательно, даже признавшагося тогда же въ томъ, что онъ симулировалъ свою болѣзнь. И вотъ при освидѣтельствованіи именно этого больного вскорѣ послѣ того Ebstein'омъ, послѣдній констатировалъ у этого субъекта діабетъ, который былъ несомнѣнно травматическаго происхожденія и, вѣроятно, существовалъ уже въ 1884 году. Слѣдовательно, по мнѣнію Ebstein'a, не было никакой и рѣчи о симуляціи у этого субъекта. Онъ былъ боленъ съ самаго момента несчастнаго случая. И если онъ въ Геттингенской клиникѣ признался Albin'у Hofmann'у въ симуляціи, то онъ далъ ложное показаніе именно въ этотъ моментъ, а не прежде, еще до поступленія въ клинику. Ebstein'y удалось получить свѣдѣнія и о причинахъ такой „диссимуляціи“ больнымъ здоровья. Изслѣдованія врача—ассистента [1]), производившіяся имъ въ клиникѣ для экспертизы, были такъ болѣзненны и невыносимы для этого несомнѣнно больного, что онъ предпочелъ, чтобъ только избавиться отъ мученій, принять лучше на себя упрекъ, что онъ симулянтъ! И вотъ, чтобъ избѣжать подобныхъ, крайне тяжелыхъ и для врача ошибокъ, чтобъ не вызвать своимъ изслѣдованіемъ диссимуляціи больнымъ его болѣзни, нельзя забывать предупреждающаго голоса врача-гуманиста С. С. Кор-

---

[1]) Для избѣжанія недоразумѣній можетъ быть не лишне для русскихъ читателей пояснить, что званіе ассистента, Assistenz-arzt'a въ Германіи соотвѣтствуетъ не нашему званію клиническаго ассистента, а званію ассистентовъ большихъ городскихъ больницъ, молодыхъ врачей—практикантовъ, готовящихся къ практической дѣятельности ординаторовъ этихъ больницъ или званію экстерновъ частныхъ клиникъ.

сакова и эксперту неспеціалисту въ психіатріи при сужденіи о случаяхъ травматическихъ неврозовъ.

Чтобы помочь неспеціалистамъ—товарищамъ разобраться въ томъ рядѣ вопросовъ, которые возникаютъ на практикѣ по поводу больныхъ, страдающихъ „травматическимъ неврозомъ“, мы приведемъ нѣсколько примѣровъ, какъ иногда бываетъ трудно не только поставить діагнозъ заболѣванія, но даже отвергнуть діагнозъ симуляціи. Въ такихъ случаяхъ часто приходится не столько искать такъ называемые „объективные признаки“ травматическаго невроза, сколько опираться на общее состояніе больного, на соотвѣтствіе его болѣзненныхъ явленій картинѣ травматическаго невроза, подвергать критикѣ его анамнезъ и т. п.

Передъ нами субъектъ 51 года, мѣдныхъ дѣлъ мастеръ по профессіи, небольшого роста, хорошо упитанный, жалуется на забывчивость, легкую утомляемость. Онъ, по его словамъ, чувствуетъ себя всегда усталымъ, разбитымъ, засыпаетъ въ комнатѣ еще до полудня, долженъ сильно напрягать вниманіе, чтобы слѣдить за разговоромъ, особенно въ большомъ обществѣ. Вслѣдствіе этого онъ избѣгаетъ участвовать въ какихъ нибудь собраніяхъ, не можетъ появляться въ общественныхъ мѣстахъ; даже когда онъ бываетъ въ трактирѣ, ему тотчасъ становится дурно и онъ долженъ поскорѣе уходить и отправляться домой. Вообще онъ не имѣетъ болѣе никакой охоты къ общенію съ другими людьми, равно и къ умственному труду, такъ какъ все его утомляетъ и волнуетъ. Чтеніе сдѣлалось для него съ нѣкоторыхъ поръ труднѣе прежняго: очень скоро появляется головная боль и глаза закрываются. При разговорѣ у него часто является такое ощущеніе, какъ будто у него что торчитъ въ гортани. Этимъ онъ объясняетъ частыя остановки посрединѣ словъ, которыя замѣтны въ его рѣчи. Ходьба больного точно также затруднена, такъ какъ при этомъ у него появляется, по его словамъ, боль въ спинѣ, сердцебіенія и кромѣ того сильный потъ. Нерѣдко у него бываетъ такое ощущеніе, какъ будто онъ долженъ упасть. Онъ не можетъ встать на стулъ, такъ какъ немедленно имъ овладѣваетъ страхъ паденія. Работоспособность его въ настоящее время значительно понижена. Хотя онъ вообще чувствуетъ себя лучше всего въ своей мастерской, однако быстро устаетъ, не можетъ долго работать безъ перерыва и притомъ не имѣетъ въ рукахъ той силы и увѣренности, которыя требуются для его профессіи. Настроеніе больного благодаря всѣмъ этимъ разстройствамъ очень подавленное.

Подводя итогъ болѣзненнымъ явленіямъ у нашего субъекта, мы видимъ у него—забывчивость, очень сильную утомляемость, разсѣянность, нелюдимость, боязнь большого общества, вялость при работѣ, неохоту къ умственному труду, затрудненія при разговорѣ, ощущенія въ гортани, сердцебіенія, боли въ разныхъ мѣстахъ, потливость при ходьбѣ, очень подавленное общее настроеніе. Всѣ эти явленія, хотя и вліяютъ, повидимому, очень сильно на работоспособность больного, тѣмъ не менѣе являются не достаточно доказательными, какъ субъективныя, слѣд. неподлежащія прямой провѣркѣ посороннимъ. Вы ищете у больного „объективныхъ данныхъ" со стороны нервной системы, на которыя можно было бы опереться, и находите— сильное дрожаніе вѣкъ при закрытыхъ глазахъ, дрожаніе языка, легкое косоглазіе, вялость мышцъ лица, пониженіе пателлярнаго и значительное ослабленіе кожныхъ рефлексовъ на правой сторонѣ, значительное пониженіе мышечной силы тоже съ правой стороны, на ходьбѣ шатаніе и затрудненіе во время поворотовъ при закрытыхъ глазахъ, учащенный пульсъ, сильную красноту лица при физическихъ напряженіяхъ и чрезвычайно легкую утомляемость при изслѣдованіи. Чувствительность нигдѣ не представляетъ измѣненій.

Несмотря на тщательное изслѣдованіе, мы такимъ образомъ оказываемся въ еще большемъ затрудненіи. Явныхъ признаковъ органическаго заболѣванія нервной системы намъ найти у него не удается. Найденные же признаки являются не только слабо выраженными, но могутъ быть истолкованы, какъ простыя неврастеническія. Но неврастеническія явленія, а тѣмъ болѣе неврастеническія жалобы часто въ практикѣ экспертизы считаются немедиками совершенно недостаточными для признанія больного больнымъ. Въ такихъ случаяхъ эксперту нерѣдко приходится слышать заявленія: если неврастенію считать за болѣзнь, всѣ мы больны. Кто въ наше время не страдаетъ неврастеніей? Но нашъ субъектъ, несмотря на то,

что у него имѣются только одни неврастеническія явленія, все-таки заявляетъ, что онъ боленъ и не можетъ вслѣдствіе болѣзни заниматься своимъ дѣломъ; а съ другой стороны онъ производитъ впечатлѣніе несомнѣннаго и притомъ тяжелаго больного. Вы внимательно разспрашиваете его и узнаете нѣкоторыя интересныя подробности. 8 мѣсяцевъ назадъ больной подвергся несчастному случаю на желѣзной дорогѣ. Именно, при столкновеніи во время составленія поѣзда онъ былъ сброшенъ въ вагонѣ на полъ и получилъ значительные ушибы, именно праваго колѣна, праваго плеча, области правой скуловой кости, правой половины головы и правыхъ пястныхъ костей. Ушибы эти скоро зажили. Но тѣмъ не менѣе больной во время самого происшествія былъ сильно потрясенъ имъ и даже на нѣсколько мгновеній потерялъ сознаніе, послѣ того какъ упалъ отъ толчка на полъ. Придя въ себя, онъ былъ „ужасно возбужденъ", сталъ искать свою жену и гораздо сильнѣй его раненую дочь. Присутствовавшій случайно при этомъ врачъ сказалъ по поводу его, что больному „потомъ еще хуже будетъ". Это еще больше взволновало больного. Очень скоро послѣ происшествія больной началъ замѣчать въ своемъ здоровьѣ значительную перемѣну. Появилась уже описанная забывчивость, общая разбитость, дурноты. Мысли его все болѣе и болѣе сосредоточивались на происшедшемъ съ нимъ несчастномъ случаѣ, разговоры его тоже возвращались все къ той же темѣ. Его все больше безпокоили заботы о томъ, что ждетъ въ будущемъ его и его семью, если его здоровье не поправится, а начатая имъ тяжба съ желѣзной дорогой окончится не въ его пользу.

Такимъ образомъ болѣзнь, по словамъ больного, развилась послѣ травмы. Мы можемъ заподозрѣть вѣрность его разсказа. Вѣдь врачъ, основывающій свой діагнозъ исключительно на такъ назыв. „объективныхъ признакахъ", недовѣряющій субъективнымъ симптомамъ, долженъ изъ одной уже послѣдовательности признать сообщаемый больнымъ анамнезъ тоже не заслуживающимъ довѣрія. Вѣдь для такого врача, видящаго во всякомъ испытуемомъ прежде всего симулянта, въ этомъ анамнезѣ, разъ онъ сообщается или самимъ больнымъ или близкими къ нему, „объективныхъ" данныхъ какъ разъ и нѣтъ. Попробуемъ, однако видѣть въ больномъ пока только больного и повѣримъ правдивости его разсказа. Это тѣмъ болѣе легко сдѣлать, что

вѣдь связь между травмой и послѣдующимъ заболѣваніемъ возможна.

Вѣдь существуютъ неврозы вслѣдствіе несчастныхъ случаевъ и въ ихъ числѣ и такіе, какъ травматическій неврозъ, при которыхъ нервные симптомы отступаютъ на задній планъ сравн. съ психическими. Но если заболѣваніе больного является не простой пріобрѣтенной неврастеніей, которой можетъ временно заболѣть въ остальномъ здоровый человѣкъ, а травматическимъ неврозомъ, предсказаніе quoad sanationem, какъ уже было сказано выше, является далеко не такимъ благопріятнымъ, какъ при простой неврастеніи. Въ виду возможности, что у даннаго больного можетъ быть это тяжелое заболѣваніе, Вы тщательно снова осматриваете больного, чтобы согласно существующему ученію о травматическомъ неврозѣ найти у него такъ назыв. объективные признаки этой болѣзни. И находите, что единственнымъ осязательнымъ признакомъ, который могъ бы считаться вполнѣ „объективнымъ", оказывается неодинаковая сила пателлярныхъ рефлексовъ. Однако нельзя исключить возможности, что этотъ единственный „объективный" признакъ обусловливается неодинаковымъ напряженіемъ мышцъ на той и другой сторонѣ. Вѣдь этотъ рефлексъ слабѣй на правой сторонѣ, сторонѣ ушибовъ и наблюдающейся теперь, хотя незначительной, мышечной слабости. Такимъ образомъ врачъ, руководствующійся въ своемъ діагнозѣ исключительно объективными данными, оказался бы въ очень затруднительномъ положеніи. При несоотвѣтствіи между очень сильными жалобами больного на свое здоровье и относительно ничтожными, фактически констатируемыми у него разстройствами нервной системы, мы едва ли бы получили отъ такого врача заявленіе, что больной всетаки боленъ. Скорѣй всего можно бы было получить отвѣтъ, что въ виду отсутствія объективныхъ данныхъ больной не боленъ, а симулируетъ. Врачъ, болѣе освѣдомленный въ томъ, что слѣдуетъ понимать подъ „объективными" признаками травматическаго невроза придалъ

бы значеніе и остальнымъ нервнымъ явленіямъ, отмѣченнымъ нами у больного, но, еслибъ онъ опирался только на эти обьективные признаки, онъ долженъ бы былъ сказать, что въ данномъ случаѣ въ виду отсутствія наиболѣе характерныхъ признаковъ этого заболѣванія діагнозъ травматическаго невроза является для него сомнительнымъ. А между тѣмъ этотъ случай со всѣми подробностями исторіи болѣзни взятъ нами изъ клиническихъ лекцій проф. Kraepelin'a, гдѣ онъ приведенъ въ качествѣ типичнаго случая травматическаго невроза для указанія разницы между этимъ послѣднимъ и возникающимъ на почвѣ травмъ психозомъ. Слѣд. объявленіе такого больного здоровымъ равнялось бы незаслуженному обвиненію его въ симуляціи и незаслуженно навлекло бы на него печальныя послѣдствія.

Какія же доказательства можно представить въ данномъ случаѣ въ пользу діагноза травматическаго невроза? Это не будутъ „объективные признаки" со стороны нервной системы. За то, что мы имѣемъ здѣсь дѣло съ травматическимъ неврозомъ, говоритъ намъ съ несомнѣнностью общая картина психическаго состоянія больного, представляющая черты длительнаго душевнаго безпокойства съ его послѣдствіями для работоспособности, интереса къ жизни, душевнаго настроенія, физическихъ отправленій, ощущеній, движеній, кровообращенія и т. д. Эта картина вполнѣ соотвѣтствуетъ той картинѣ психическихъ явленій при травматическомъ неврозѣ, которая описана была выше, и потому мы имѣемъ полное основаніе считать, что здѣсь у больного не простая неврастенія, и тѣмъ болѣе, не симуляція травматическаго невроза, а сама эта болѣзнь. Чтобы еще болѣе подкрѣпить этотъ діагнозъ, Kraepelin прибѣгъ и въ этомъ несомнѣнномъ случаѣ къ тѣмъ своимъ методамъ изслѣдованія работоспособности и утомляемости, о которыхъ мы говорили выше. Эти объективные психическіе признаки оказались и въ этомъ случаѣ гораздо болѣе надежными, чѣмъ объективные признаки со стороны нервной

системы. Именно, жалобы больного на утомляемость и пониженіе работоспособности оказались вполнѣ искренними, не вымышленными. Больной при изслѣдованіи обнаружилъ черезвычайно пониженную способность къ умственному труду, а съ другой—ненормально повышенную утомляемость. Такимъ образомъ діагнозъ болѣзни получилъ прочную опору. Не удивительно послѣ этого, что дальнѣйшее теченіе болѣзни вполнѣ подтвердило этотъ діагнозъ и сдѣланное Kraepelin'омъ на основаніи его предсказаніе. Именно, хотя состояніе больного и улучшилось значительно послѣ того, какъ процессъ окончился въ его пользу и больной получилъ вознагражденіе отъ дороги, всетаки ограниченіе способности къ труду, а также способности противостоять душевнымъ волненіямъ у него оставались еще спустя $2^1/_2$ года послѣ демонстраціи его Kraepelin'омъ на лекціи. Едва ли нужно добавлять, что такой исходъ вполнѣ соотвѣтствуетъ нашему представленію объ этой болѣзни и еще болѣе подтверждаетъ правильность первоначальнаго діагноза.

Такимъ образомъ въ этомъ случаѣ діагнозъ былъ поставленъ только на основаніи общей картины состоянія больного во время наблюденія его въ психіатрическомъ заведеніи. Въ другихъ случаяхъ правильному заключенію врача можетъ способствовать анамнезъ, указывающій такія рѣзкія измѣненія всей психики больного, что даже неврачъ можетъ заподозрѣть серьезную болѣзнь. Для примѣра приведемъ слѣдующій случай.

Тоже была желѣзнодорожная катастрофа. Больной, пожилого возраста (45 лѣтъ), помнитъ моментъ крушенія, какъ его точно что терло; потомъ, повидимому, онъ на нѣкототое время потерялъ даже сознаніе. Затѣмъ самъ всталъ, могъ довольно свободно пройтись, продолжалъ свое путешествіе и доѣхалъ до своего города. Большихъ поврежденій у него не было, хотя было много ушибовъ. Былъ ушибленъ копчикъ, который позднѣй очень болѣлъ; на всѣмъ тѣлѣ были видны слѣды ушибовъ; былъ синякъ и на головѣ. Поврежденія въ общемъ были настолько слабы, что больной, какъ сказано, продолжалъ свой путь, несмотря на нихъ. И что же? Пріѣхавъ домой, онъ слегъ въ постель и не могъ вставать нѣсколько мѣсяцевъ. Первыя недѣли послѣ катастрофы больной былъ совершенно немощенъ: не могъ, какъ слѣдуетъ, двигать рука-

ми, такъ что его кормили. Ноги тоже служили плохо, и онъ не могъ вставать съ постели. Такъ пролежалъ мѣсяца 3. Затѣмъ какъ то пріѣхалъ знакомый, который его ободрилъ, убѣдилъ встать, а потомъ и выѣхать изъ дому. Съ этого времени больной сталъ выѣзжать. Однако, спустя 2 года, когда его изслѣдовали (для суда), у него наблюдалось много болѣзненныхъ явленій. Соображеніе больного было тупо. Все, что требовалось обдумать, ему нужно какъ-то напряженно держать въ головѣ, ему какъ-то тяжело, затруднительно воспринимать впечатлѣнія, вниманіе его быстро утомляется. Вслѣдствіе этого ему трудно быть въ обществѣ: онъ сдѣлался нелюдимъ, какъ будто одичалъ. Ему трудно чѣмъ либо заняться; читать можетъ только что либо легкое: чуть чтеніе потруднѣй, онъ съ нимъ не справится. Память его хуже прежнято. Что восприметъ съ напряженіемъ вниманія, то еще помнитъ; а то, что воспринято было безъ напряженія, быстро изчезаетъ изъ головы, не оставляя слѣда. На вопросъ, помнитъ ли онъ, какъ двое изъ экспертовъ изслѣдовали его полтора года назадъ, онъ отвѣчаетъ, что помнитъ, но когда ему задаютъ вопросъ, въ чьей квартирѣ это происходило, онъ путается. Онъ не помнитъ, какіе вопросы ему тогда предлагали, помнитъ лишь, что при этомъ онъ испытывалъ какое то странное, болѣзненное ощущеніе въ глазахъ и головѣ. Мысль и вниманіе его постоянно какъ бы чѣмъ то связаны. Очень часто въ головѣ какъ будто нѣтъ совсѣмъ мыслей, чувствуется какая то умственная немощность и отсутствіе способности находить мысли. Энергіи и предпріимчивости совсѣмъ нѣтъ. На лицо значительная боязливость: все неожиданное его пугаетъ. Онъ часто бываетъ раздражителенъ и слезливъ. Иногда бываютъ какъ бы истерическіе припадки.

Таковъ status praesens его психическаго состоянія. Тоже инвалидъ, а между тѣмъ, какъ мы узнаемъ изъ анамнеза, прежде онъ былъ совершенно здоровъ. Въ виду судебнаго процесса анамнезъ здѣсь былъ выясненъ необыкновенно тщательно.

Свидѣтели, знавшіе его, какъ хозяина, заявляютъ, что до катастрофы больной самъ занимался сельскимъ хозяйствомъ и коннымъ заводомъ и пересталъ вести свое дѣло только послѣ несчастнаго случая. Врачъ, знавшій больного 5 лѣтъ, заявляетъ, что до катастрофы больной былъ совершенно здоровъ; другой врачъ, знавшій его 12 лѣтъ, сообщаетъ, что больной былъ прежде крѣпкій человѣкъ съ хорошо развитой мускулатурой, отличавшійся значительной силой, неутомимый ходокъ, отличный ѣздокъ, энергичный сельскій хозяинъ, гостепріимный, привѣтливый, мягкій въ обращеніи; третій врачъ знаетъ больного 8 лѣтъ: все время больной пользовался цвѣтущимъ здоровьемъ, былъ неутомимый сельскій хозяинъ, удалой наѣздникъ, псовый охотникъ, никакими болѣзнями, въ

томъ числѣ нервными, не страдалъ; перемѣна въ его здоровьи произошла лишь послѣ крушенія поѣзда. Теперь же онъ изъ человѣка, пользовавшагося цвѣтущимъ здоровьемъ, сдѣлался сѣдымъ, сгорбившимся старикомъ. „Онъ весь постарѣлъ, посѣдѣлъ, измѣнился физически и психически“, такъ говорятъ о немъ всѣ эти свидѣтели.

Оказывается, такимъ образомъ, что, какъ ни незначительны съ физической стороны были поврежденія, психическая травма произвела, совершенно какъ въ овидіевыхъ превращеніяхъ, настолько рѣзкія измѣненія въ личности больного, что никто бы не взялся въ сгорбленномъ, сѣдомъ, немощномъ физически и психически старикѣ, съ крайне плохой памятью, которому трудно говорить, трудно даже подъискивать мысли,—узнать того привѣтливаго и мягкаго въ обращеніи, гостепріимнаго человѣка, псоваго охотника, удалого и отличнаго наѣздника, неутомимаго сельскаго хозяина, какимъ онъ былъ 2 года назадъ до травмы. Анамнезъ сразу указываетъ на тяжелое страданіе больного и на причину его, перенесенную больнымъ травму.

Въ крайне рѣдкихъ случаяхъ, конечно, анамнезъ бываетъ такъ доказателенъ. Обычно не удается получить свѣдѣнія отъ кого либо, кромѣ самого больного, показанія котораго могутъ показаться слишкомъ субъективными, и мало искренними. Тоже самое относится къ показаніямъ близкихъ больного. Можетъ показаться весьма естественнымъ, что они нарочно даютъ выгодныя для больного показанія. Въ данномъ случаѣ судебное слѣдствіе очень рѣзко и строго объективно установило картину развитія болѣзни у пострадавшаго. Но несмотря на яркій и объективный анамнезъ въ этомъ случаѣ, его одного всетаки оказалось недостаточно. Этотъ случай изслѣдовался для суда профессоромъ психіатріи и приватъ-доцентомъ нервныхъ болѣзней (С. С. Корсаковымъ и А. А. Корниловымъ) и ни тотъ ни другой, какъ и въ случаѣ Kraepelin'а, не могли найти достаточно вѣскихъ объективныхъ признаковъ со стороны нервной системы, и потому, несмотря на ясный анамнезъ, нашли необходимымъ высказаться, что для полнаго отвѣта о болѣзни требуется наблюденіе въ благоустроенной больницѣ. Только здѣсь, и то

черезъ мѣсяцъ, удалось уловить объективныя данныя,— очень большую возбудимость сердечной дѣятельности и очень рѣзкое концентрическое суженіе поля зрѣнія къ различнымъ цвѣтамъ, особенно къ зеленому; однако и тутъ возникало сомнѣніе, когда развилось съуженіе поля зрѣнія, такъ какъ вскорѣ послѣ травмы оно не было констатировано. Въ концѣ концовъ главнымъ основаніемъ для рѣшенія вопроса объ отсутствіи притворства послужило наблюденіе надъ испытуемымъ субъектомъ въ специальной больницѣ. Однообразіе симптомовъ, которое оставалось неизмѣнно во все время пребыванія больного въ больницѣ, общій видъ его болѣзни, полная гармонія симптомовъ между собою и соотвѣтствіе ихъ установленному въ наукѣ типу болѣзни, именно травматическому неврозу, дали возможность экспертамъ заявить категорически, что болѣзнь даннаго больного не притворная, а дѣйствительная [1]).

Такимъ образомъ ни изслѣдованіе спеціалистовъ—невропатологовъ для нахожденія объективныхъ признаковъ, ни анамнезъ не могутъ иногда опровергнуть подозрѣнія въ симуляціи, и только наблюденіе въ благоустроенной больницѣ нервно-психическаго состоянія больного даетъ возможность высказаться, „боленъ травматическимъ неврозомъ“.

Въ виду этого правильная постановка діагноза встрѣчаетъ иногда значительныя трудности даже у лучшихъ спеціалистовъ. Даже имъ приходится иногда высказываться, что non liquet, не ясно. Даже имъ приходится для выясненія своихъ сомнѣній прибѣгать къ помѣщенію своихъ больныхъ въ соотвѣтствующія спеціальныя учрежденія. Еще чаще сомнительные случаи, конечно, должны попадаться неспеціалистамъ по нервнымъ и душевнымъ

---

[1]) Психіатрическія экспертизы проф. С. С. Корсакова. Корсаковскій журналъ Невропатологіи и Психіатріи. 1904.

болѣзнямъ, какими въ большинствѣ случаевъ являются фабричные, заводскіе, желѣзнодорожные и т. п. врачи. Въ докладѣ Временному Харбинскому Обществу въ маѣ 1905 года „О травматическомъ неврозѣ на войнѣ“ мы настаивали на направленіи подобныхъ сомнительныхъ больныхъ къ специалистамъ, на помѣщеніи ихъ въ спеціальную больницу, каковой на войнѣ являлся Харбинскій Центральный Психіатрическій Госпиталь. На 2-мъ Съѣздѣ психіатровъ и невропатологовъ въ августѣ 1905 же года въ Кіевѣ, прив. доцентъ Л. С. Миноръ высказалъ ту же мысль о необходимости помѣщенія пострадавшихъ отъ несчастныхъ случаевъ въ лѣчебницы, но особыя, спеціальныя для пострадавшихъ отъ несчастныхъ случаевъ, предлагая устраивать ихъ по образцу нѣмецкихъ лѣчебницъ для увѣчныхъ рабочихъ. 3-ій Съѣздъ отечественныхъ психіатровъ и невропатологовъ въ декабрѣ 1909 г. точно также вынесъ резолюцію, указывавшую на необходимость устройства „хотя бы въ болѣе значительныхъ районахъ страховыхъ товариществъ особыхъ спеціальныхъ клиническихъ больницъ, гдѣ бы пострадавшіе отъ несчастныхъ случаевъ могли быть помѣщаемы для наблюденія, испытанія и лѣченія“, не останавливаясь подробнѣй на вопросѣ о желательномъ типѣ этихъ лѣчебницъ. Для насъ въ настоящее время тоже представляется необходимымъ лишь отмѣтить, что потребность въ болѣе длительномъ, чѣмъ обычно при экспертизахъ, наблюденіи сомнительныхъ больныхъ въ соотвѣтственныхъ больничныхъ учрежденіяхъ уже давно сознана въ Россіи и на нее указано компетентными собраніями. Слѣдуетъ пожелать, чтобы эта потребность эксперта, особенно настоятельная для неспеціалиста, получила возможно скорѣе надлежащее удовлетвореніе. Пока же приходится рекомендовать направлять такихъ сомнительныхъ больныхъ для изслѣдованія въ существующія уже общественныя учрежденія для нервныхъ и психическихъ больныхъ. При этомъ въ крупныхъ центрахъ, гдѣ эти двѣ смежныя спеціальности—невропатологія и психіатрія—являются боль-

шею частью отграниченными другъ отъ друга, направлять травматическихъ нэвротиковъ съ преимущественно нервными явленіями въ нервныя отдѣленія соматическихъ больницъ, больныхъ же съ преобладаніемъ психическихъ симптомовъ травматическаго невроза въ психіатрическія заведенія.

ГЛАВА VI.

Экспертиза потери трудоспособности при неврозахъ вслѣдствіе несчастныхъ случаевъ.

Мы разобрали затрудненія, которыя приходится преодолѣвать эксперту во многихъ случаяхъ неврозовъ вслѣдствіе несчастныхъ случаевъ, не только травматическихъ неврозовъ въ собственномъ смыслѣ слова, но и при многихъ другихъ сомнительныхъ неорганическихъ нервныхъ заболѣваніяхъ послѣ несчастныхъ случаевъ, если онъ хочетъ дать „объективный" отвѣтъ о существованіи болѣзни, а у больного наблюдаются только „субъективныя" явленія. Понятно еще сложнѣе складываются обстоятельства, когда эксперту приходится высказываться не только о дѣйствительности болѣзни, но и о вліяніи ея на трудоспособность больного. Вѣдь если сама болѣзнь можетъ сказываться въ нѣкоторыхъ случаяхъ почти исключительно субъективными явленіями, то ослабленіе трудоспособности, не говоря уже объ ослабленіи работоспособности, является самымъ субъективнымъ изо всѣхъ субъективныхъ явленій. „Не можетъ" или „не хочетъ" больной производить данную или вообще какую либо работу? Какіе объективные признаки могутъ быть у насъ для рѣшенія этого вопроса даже въ тѣхъ случаяхъ, когда имѣются несомнѣнно „объективные признаки" не только „травматическаго невроза", но даже какого либо органическаго поврежденія нервной системы. Наблюденіе больного, когда онъ предоставленъ самому себѣ и можетъ по за-

бывчивости произвести тѣ движенія, которыя отказывался выполнить въ присутствіи врача или вообще постороннихъ наблюдателей? Но если больной внѣ наблюденія за нимъ производитъ какую либо работу, во всѣхъ ли случаяхъ мы имѣемъ право считать его на этомъ основаніи симулирующимъ нетрудоспособность во время изслѣдованія его экспертомъ, а не дѣйствительно нетрудоспособнымъ даже во время занятія этой работой? Вышеупомянутый (стр. 165-166) больной Oppenheim'a, признанный врачами симулянтомъ и найденный ландратомъ въ состояніи изнеможенія, въ самомъ дѣлѣ производилъ тяжелую работу, но тѣмъ не менѣе и не-врачу было ясно, что больной совершенно нетрудоспособенъ. Именно эта самая работа и получившееся отъ нея изнеможеніе послужили здѣсь яркимъ доказательствомъ нетрудоспособности этого больного, хотя у него и не найдено было никакихъ объективныхъ признаковъ (покр. мѣрѣ до изслѣдованія его Oppenheim'омъ). Другой тоже крайне поучительный случай Möbius опубликовалъ въ 1893 году. Больной, перенесшій въ дѣтствѣ такъ называемый дѣтскій параличъ, вызвавшій отсталость въ развитіи одной руки, потерялъ при несчастномъ случаѣ другую, здоровую руку, и, такъ какъ застрахованъ онъ не былъ и вознагражденія за потерю руки получить ему было не откуда, принужденъ былъ пользоваться другой, оставшейся рукой, чтобы заработывать себѣ пропитаніе, а черезъ нѣкоторое время у него получилась тяжелая мышечная атрофія, начавшаяся съ этой руки. Можно ли было признать этого больного трудоспособнымъ въ то время, когда онъ работалъ, несмотря на потерю здоровой руки, другой оставшейся, которая уже была у него завѣдомо особенно чутка ко всякимъ утомленіямъ вслѣдствіе перенесеннаго въ дѣтствѣ заболѣванія? Конечно нѣтъ. Можно ли было этого больного признать симулирующимъ нетрудоспособность, если бы онъ не хотѣлъ работать своей легко утомлявшейся рукой, въ которой могло и не оказываться никакихъ объективныхъ признаковъ этого утомленія? Едва ли. Но у этого больного все-

таки можно было бы опереться можетъ быть на признаки недоразвитія оставшейся руки. Въ случаѣ Oppenheim'a же вообще никакихъ признаковъ со стороны нервной системы не было найдено. Имѣли ли бы мы право признать и этого больного симулянтомъ, если бы онъ вмѣсто того, чтобы изнурять себя непосильной работой, бросалъ ее, какъ только замѣчалъ у себя малѣйшіе признаки утомленія?

Всѣ эти примѣры касаются только потери трудоспособности. И тѣмъ не менѣе они ясно показываютъ намъ, что экспертиза ограниченія даже простой трудоспособности крайне сложна, требуетъ необыкновенно внимательнаго къ себѣ отношенія и все-таки еще чаще, чѣмъ при экспертизѣ просто болѣзни, можетъ приводить эксперта къ единственно объективному выводу: non liquet, не ясно. Мы нарочно ограничиваемся лишь потерей трудоспособности, такъ какъ обсужденіе степени сохраненія работоспособности, т. е. способности производить профессіональную, квалифицированную работу, для которой требуется не только простая наличность у субъекта физическихъ силъ, но и сохраненіе опредѣленныхъ, пріобрѣтенныхъ долгимъ ученіемъ навыковъ, разумѣется, представляется гораздо болѣе сложной задачей и мы только можемъ указать здѣсь на главныя трудности ея.

Часто при „травматическихъ неврозахъ" наблюдается, что больной самъ считаетъ себя окончательно выздоровѣвшимъ и принимается снова за работу, оставленную имъ во время болѣзни. И какъ разъ въ этотъ моментъ и начинаетъ обнаруживаться недостаточность его выздоровленія. Помимо утомленія вообще работой, которое приходится относить главнымъ образомъ къ ослабленію его трудоспособности, помимо того, что болѣзнь могла вызвать у него нѣкоторое ослабленіе памяти не только внѣшнихъ событій, но и его профессіональныхъ, пріобрѣтенныхъ имъ навыковъ и пріемовъ, больной не чувствуетъ, какъ это было съ указаннымъ выше мѣдникомъ Kraepelin'a, былой увѣренности въ работѣ и не можетъ преодолѣть этой неувѣренности

даже продолжая работать дальше. Наоборотъ, онъ все менѣе и менѣе можетъ справляться съ этой неувѣренностью и мало по малу становится все болѣе нетрудоспособнымъ. Тутъ сказывается отчасти вліяніе ипохондрическихъ мыслей больного о своемъ здоровьи, отчасти переоцѣнка имъ различныхъ неврастеническихъ ощущеній, идущихъ къ его сознанію изъ принимающихъ участіе въ работѣ мышцъ, можетъ быть даже и болей, ощущаемыхъ имъ только при опредѣленныхъ движеніяхъ, требующихся при работѣ. Къ этому можетъ присоединиться и болѣзненно-непреодолимый страхъ передъ возможностью повторенія несчастнаго случая, если онъ былъ связанъ съ условіями этой самой его профессіональной работы. Напомнимъ хотя бы Rigler'овскую Siderodromophob'ію, страхъ желѣзнодорожныхъ служащихъ взойти на поѣздъ послѣ перенесеннаго ими на немъ крушенія, страхи кавалеристовъ передъ опредѣленнымъ упражненіемъ, напр. взятіемъ верхомъ на лошади препятствія, если перенесенный прежде несчастный случай какъ разъ произошелъ во время этого упражненія (Bruns 1901). Такимъ образомъ причины потери трудоспособности, а еще болѣе работоспособности являются крайне сложными, разнообразными, причемъ каждая причина можетъ дѣйствовать на одного такъ, на другого иначе, глядя по тому, каково отношеніе больного къ своему болѣзненному состоянію.

Но можетъ быть всетаки можно найти какіе-нибудь опорные пункты для болѣе объективнаго сужденія о размѣрахъ потери трудоспособности и работоспособности у больного? Наиболѣе ясными, несомнѣнными ad oculos omnium являются тѣ случаи, когда у больного можно доказать существованіе параличей, хотя бы и истерическаго происхожденія. Какъ бы кто ни смотрѣлъ на такіе параличи, для всякаго ясно, что, пока этотъ параличъ не пройдетъ, больной не можетъ производить парализованными членами никакой работы. Трудоспособность его безусловно понижена, и, если такой параличъ принадлежитъ къ числу

истерическихъ и слѣд. въ дальнѣйшемъ можетъ подъ вліяніемъ какихъ либо причинъ пройти, всетаки въ настоящій моментъ, пока этотъ параличъ на лицо, экспертъ не можетъ съ нимъ не считаться. Вѣдь и въ случаяхъ ясныхъ увѣчій, напр. при неправильно сросшемся переломѣ ноги или руки признается невозможнымъ (Sachs 1909) уменьшать процентъ существующей трудоспособности только на томъ основаніи, что, если больной пожелаетъ, онъ можетъ увеличить свою трудоспособность, сдѣлавъ соотвѣтствующую операцію. Тоже mutatis mutandis можно сказать и о истерическихъ параличахъ. Параличъ здѣсь можетъ пройти помимо воли больного такъ же, какъ помимо его воли онъ появился,—и ставить ему на minus то, что параличъ всетаки можетъ пройти, если случайно, независимо отъ воли больного, появятся благопріятныя для излѣченія этого паралича обстоятельства, еще менѣе возможно, чѣмъ въ хирургическихъ случаяхъ, гдѣ исцѣленіе больного иногда можетъ задерживаться сознательнымъ нежеланіемъ больного подвергнуться операціи. Затѣмъ, кромѣ ясныхъ параличей, могутъ тоже служить несомнѣннымъ признакомъ въ пользу пониженія трудоспособности субъекта боли въ поврежденныхъ членахъ, если онѣ болѣе или менѣе объективированы экспертомъ и вызываютъ псевдопараличи (Bruns).

Но самымъ яркимъ признакомъ нетрудоспособности, конечно, приходится признать повышенную утомляемость больного. Чѣмъ меньше больной устаетъ во время работы, тѣмъ онъ трудоспособнѣй; чѣмъ сильнѣй и быстрѣй онъ утомляется данной работой, тѣмъ сильнѣй у него пониженіе трудоспособности. Можно ли эту повышенную утомляемость больного какимъ либо образомъ объективировать? Конечно, здѣсь прежде всего приходится говорить объ утомляемости больныхъ по отношенію къ физической работѣ. Какіе же признаки могутъ намъ съ несомнѣнностью указать, что больной бросаетъ свою работу только потому, что физическія напряженія, требуемыя данной работой, превышаютъ его наличныя физическія си-

лы? Такимъ признакомъ безусловно является тотъ, который помогъ Oppenheim'у подтвердить нетрудоспособность представленнаго ему ландратомъ больного, именно явленія утомленія сердечной мышцы, принимающей во всякой физической работѣ, хотя и не прямое, но постоянное участіе, явленія утомленія, сказывающіяся рѣзкимъ учащеніемъ пульса послѣ усилій. Что касается объективныхъ доказательствъ повышенной утомляемости при умственной работѣ, то она тоже можетъ быть удостовѣрена тѣми методами экспериментально-психологическаго изслѣдованія, которые были нами подробно изложены въ главѣ объ діагнозѣ неврозовъ вслѣдствіе несчастныхъ случаевъ (см. стр. 188-190). Въ тѣхъ же случаяхъ, когда явленія со стороны сердечной дѣятельности представляются нерѣзкими или когда, при психической работѣ, мы почему либо не можемъ воспользоваться методами психологическаго изслѣдованія или когда отсутствуютъ у больного параличи и доступныя объективной провѣркѣ боли, экспертъ стоитъ почти безпомощнымъ передъ заявленіемъ больного о его немощи. Всѣ другіе такъ называемые „объективные признаки травматическаго невроза", которые иногда помогаютъ намъ поставить точный діагнозъ той или другой формы невроза и тѣмъ доказать дѣйствительное существованіе болѣзни у больного, не могутъ, конечно, дать намъ такихъ же достовѣрныхъ данныхъ для опредѣленія степени паденія трудоспособности, какъ первые перечисленные.

Во всѣхъ другихъ заболѣваніяхъ послѣ несч. случаевъ, когда имѣются тѣлесныя поврежденія, экспертъ можетъ вполнѣ удобно опредѣлить % потери трудоспособности по существующимъ схематическимъ таблицамъ. Но въ эти схемы „травматическіе неврозы", какъ заболѣванія, не сопровождающіяся тѣлесными поврежденіями, не внесены. Съ другой стороны нельзя ихъ всѣ подвести и подъ понятіе чистыхъ психическихъ разстройствъ, предусматриваемыхъ пунктомъ 1 и 6 схематическихъ таблицъ, такъ какъ, хотя всѣ вообще формы неврозовъ вслѣд. несчаст. случаевъ со-

провождаются психическими разстройствами, но рѣзкой степени психоза достигаютъ только тяжелыя смѣшанныя формы этихъ неврозовъ, „невропсихозы отъ испуга". Прочія же формы совершенно не найдутъ себѣ мѣста въ схемѣ. Поэтому то такъ часты разногласія въ опредѣленіи степени потери трудоспособности у одного и того же „травматическаго невротика". Отсутствіе схемъ даетъ большой просторъ личнымъ теоретическимъ воззрѣніямъ эксперта на опредѣленіе ограниченія трудоспособности. Если экспертъ не признаётъ вовсе симуляціи при „травматическихъ неврозахъ", подобно авторамъ, упоминаемымъ д-ромъ Могулой въ его докладѣ *), онъ можетъ основываться лишь на субъективныхъ ощущеніяхъ больного и въ извѣстныхъ случаяхъ переоцѣнить тяжесть потери трудоспособности. Мнѣніе этого эксперта объ ограниченіи трудоспособности у даннаго больного можетъ діаметрально расходиться съ мнѣніемъ другого эксперта, если тотъ окажется „фанатикомъ симуляціи" (Hitzig). Такой экспертъ, считающій своей обязанностью всякаго потерпѣвшаго отъ несчастнаго случая прежде всего разсматривать, какъ „симулянта", не придастъ совершенно никакой цѣны жалобамъ больного на нетрудоспособность и будетъ правъ съ своей точки зрѣнія. Больше того, если даже оба эксперта будутъ придерживаться обычнаго взгляда на симуляцію неврозовъ вслѣд. несчаст. случ., именно, что она возможна, но наблюдается рѣдко и что преувеличеніе больнымъ его немощности, какъ и вообще всевозможныхъ симптомовъ болѣзни, не можетъ еще считаться симуляціей, а, наоборотъ, часто служитъ яркимъ признакомъ несомнѣннаго страданія, именно истеріи— даже и въ такомъ случаѣ оцѣнки потери трудоспособности у больного тѣмъ и другимъ экспертомъ, будучи согласны въ общемъ, могутъ отличаться другъ отъ друга въ деталяхъ. Точная, въ %-ахъ цыфра потери трудоспособности можетъ колебаться тогда въ зависимости отъ личнаго впечатлѣнія каждаго эксперта о глубинѣ этой потери.

*) См. труды І-го Всер. Съѣзда Фабр. Врачей т. I, стр. 326.

На 1-омъ Всер. Съѣздѣ Фабрич. врачей д-ръ Хорошко своимъ докладомъ сдѣлалъ, по его словамъ, „попытку приблизиться къ возможности ввести въ будущемъ судебно-медицинскую экспертизу травматическихъ неврозовъ въ рамки аналогичныхъ схемъ, каковыя приняты для экспертизы другихъ поврежденій, со всѣми ихъ достоинствами и недостатками“. Въ основу своей схемы онъ кладетъ т. наз. „объективные признаки“ болѣзни. „Я заранѣе утверждаю“, говоритъ онъ, „что чѣмъ больше найдено объективныхъ симптомовъ, тѣмъ тяжелѣе данное функціональное нервное разстройство; наоборотъ, разъ имѣются однѣ жалобы безъ симптомовъ, то одно это обстоятельство заставляетъ меня признавать легкую степень разстройства или даже въ благопріятномъ случаѣ заподозрѣвать симуляцію“. Основывать экспертизу размѣровъ трудоспособности исключительно на субъективныхъ жалобахъ больного, разумѣется, невозможно. Но какіе признаки могутъ служить „объективными“ симптомами нетрудоспособности? Д-ръ Хорошко перечисляетъ ихъ. Это, по его мнѣнію, частота пульса, вліянія на эту частоту различныхъ факторовъ (точнѣй говоря, непродолжительной работы), дермографизмъ, мышечная возбудимость, состояніе сухожильныхъ рефлексовъ, глоточнаго рефлекса, дрожаніе вѣкъ, языка и пальцевъ, сила рукъ по динамометру (всего 8 симптомовъ—группа А); кромѣ того—симптомъ Romberg'а, разстроенная походка, истощаемость при работѣ, рефлексъ жевательныхъ мышцъ, состояніе зрачковъ, кожныхъ и періостальныхъ рефлексовъ, разстройства кожной чувствительности, съуженіе поля зрѣнія (группа В—всего 9 симптомовъ). Уже при бѣгломъ просмотрѣ этихъ „объективныхъ признаковъ“ ясно, что всѣ симптомы исключительно принадлежатъ невропатологіи. Нѣтъ ни одного симптома психическихъ разстройствъ. Такимъ образомъ, если бы у какого либо больного, страдающаго наиболѣе тяжелой формой невроза вслѣдствіе несчастнаго случая, т.-е. не чистымъ травматическимъ неврозомъ, не травматической неврастеніей или травматической истеріей

а травматическимъ невропсихозомъ, „неврозомъ отъ испуга" Kraepelin'a или „травматическимъ неврозомъ въ соб. смыслѣ слова",— если бы при такой формѣ невроза намъ не удалось бы найти, какъ это часто бываетъ (см. напр. выше случай С. С. Корсакова стр. 199-202), „объективныхъ" нервныхъ симптомовъ или ихъ оказалось бы очень мало, мы должны бы были, слѣдуя схемѣ д-ра Хорошко, признать такой случай легкимъ, если не простой симуляціей. Между тѣмъ такіе случаи, именно смѣшанныя формы неврозовъ вслѣд. несч. случаевъ со скудными нервными явленіями не только существуютъ, но и принадлежатъ по общему мнѣнію всѣхъ ученыхъ къ однимъ изъ наиболѣе тяжелыхъ неврозовъ и даже могутъ переходить весьма часто въ настоящіе травматическіе „психозы". Это замѣчаніе касается психическихъ формъ неврозовъ вслѣд. несч. случаевъ. Но, если ограничиться, слѣдуя д-ру Хорошко, только однѣми формами съ нерѣзкими психическими разстройствами, то и въ области чистыхъ, не смѣшанныхъ формъ неврозовъ послѣ травмъ встрѣчаются точно также формы безъ достаточнаго числа нервныхъ объективныхъ признаковъ и даже совсѣмъ безъ нихъ. Таковы многія мѣстныя формы травматическихъ неврозовъ, обнаруживающіяся только болями въ пораженной части тѣла, но тѣмъ не менѣе крайне упорныя (см. выше самонаблюденіе prof. Weygandt'a стр. 180). Эти формы могутъ значительно ограничивать способность больного къ труду и тѣмъ не менѣе боли, какъ и въ случаѣ Weygandt'a, могутъ совершенно ничѣмъ не „объективироваться". Въ виду этого по поводу заявленія д-ра Хорошко, что отсутствіе объективныхъ признаковъ имъ считается въ извѣстныхъ случаяхъ указаніемъ на симуляцію, нельзя не вспомнить приведенное выше (см. стр. 163) предостереженіе Goldscheider'a и другихъ авторовъ, что отсутствіе объективныхъ признаковъ при травматическихъ неврозахъ еще не даетъ права считать доказанной симуляцію у даннаго больного. Впрочемъ самъ д-ръ Хорошко не отвергаетъ возможности, что существуютъ „дѣйствительные тяжелые

травматическіе неврозы безъ клиническихъ симптомовъ объективнаго характера", но считаетъ возможнымъ исключить ихъ изъ разсмотрѣнія въ своей работѣ, на томъ основаніи, что онъ „таковыхъ не видѣлъ". Намъ кажется, что едва-ли правильно, устанавливая схему для экспертизы, отбрасывать такъ легко самую сложную и потому наиболѣе требующую разбора форму неврозовъ вслѣдствіе несч. случаевъ, именно „травматическій неврозъ въ собственномъ смыслѣ слова". Во всякомъ случаѣ нельзя забывать, что вѣдь кромѣ нервныхъ симптомовъ, которые беретъ для своей схемы д-ръ Хорошко, почти во всѣхъ формахъ даже не смѣшанныхъ, а чистыхъ неврозовъ вслѣд. несч. случаевъ наблюдается значительное количество психическихъ симптомовъ, въ извѣстномъ смыслѣ не менѣе объективныхъ, чѣмъ нервные, и игнорировать ихъ совершенно при оцѣнкѣ тяжести случая едва-ли правильно. Особенно же при психическихъ формахъ „травматическаго невроза" на первый планъ болѣзни выступаютъ вѣдь не столько нервные симптомы, сколько симптомы со стороны психической сферы и отсутствіе при нихъ объективныхъ симптомовъ со стороны нервной системы не можетъ уничтожить крайне глубокаго основного разстройства у этихъ больныхъ, именно психическаго разстройства. Иначе пришлось бы даже всѣ настоящіе психозы, въ случаѣ если они не сопровождаются достаточнымъ количествомъ объективныхъ симптомовъ со стороны нервной системы (а это часто случается), причислять къ формамъ болѣзни, не вліяющимъ на трудоспособность больного, а иногда можетъ быть и къ симуляціи.

Такимъ образомъ схема д-ра Хорошко можетъ быть примѣняема только при самыхъ простыхъ формахъ травматическаго невроза, чистыхъ формахъ неврастеніи и истеріи, притомъ такихъ, въ которыхъ крайне мало психическихъ симптомовъ или въ которыхъ нѣтъ такихъ симптомовъ, какъ необъективированныя боли. Такіе чистые неврозы въ общемъ встрѣчаются сравнительно рѣдко. Для всей же массы прочихъ неврозовъ вслѣдствіе несчастныхъ слу-

чаевъ схема его мало приложима. Но, какъ бы то ни было, если создавать схему для установленія въ процентахъ потери трудоспособности, необходимо опираться только на тѣ объективные признаки, которые ограничиваютъ трудоспособность. Въ самомъ дѣлѣ едва ли возможно (какъ это было отмѣчено нами и на Съѣздѣ во время преній по докладу д-ра Хорошко) для сужденія о потерѣ трудоспособности даже при формахъ чистыхъ неврозовъ ограничиваться лишь подсчетомъ одного *„количества“* объективиыхъ нервныхъ признаковъ, не принимая достаточно во вниманіе *качества* ихъ. По разбираемой схемѣ требуется въ группѣ А подсчитать число всѣхъ симптомовъ въ тяжелой, въ средней, въ легкой степени; въ группѣ В—число наличныхъ отдѣльныхъ симптомовъ (+) и ихъ отсутствія (—)—и затѣмъ подвести общій итогъ по обѣимъ группамъ, напр. „группа А = 4 симптома въ тяжелой степени, 2—въ средней, 2—въ легкой; группа В=4 abs, и 5+“. Какіе симптомы скрываются за этими знаками, для схемы безразлично. Важно только число. А между тѣмъ очевидно, что нервные симптомы, которыми авторъ схемы рекомендуетъ пользоваться для опредѣленія степени потери трудоспособности, далеко не могутъ считаться совершенно равноцѣнными. Это признаетъ самъ д-ръ Хорошко по отношенію ко 2-ой группѣ симптомовъ: „одни изъ нихъ“, читаемъ у него, „вполнѣ объективны, другіе, если можно такъ выразиться, объективны только наполовину“. Но если они неравноцѣнны по своей „объективности“, то еще менѣе они равноцѣнны по ихъ вліянію на трудоспособность больного. Въ самомъ дѣлѣ одинъ „плюсъ“ группы В, напр. „легко наступающей истощаемости при работѣ“ можетъ вполнѣ перевѣсить сумму нѣсколькихъ „плюсовъ“ другихъ симптомовъ той же группы, напр. если это будутъ такіе „плюсы“, какъ „рефлекса жевательныхъ мышцъ“, „рефлекса зрачковъ“, „періостальнаго рефлекса“ и т. п. А между тѣмъ по схемѣ преимущество должно быть отдано любой парѣ послѣднихъ симптомовъ, хотя и объективныхъ, но совершенно не вліяющихъ на способность больного къ

труду, а не одному первому симптому, „истощаемости при работѣ“, который одинъ, какъ въ случаѣ Oppenheim'a (см. стр. 165-166), можетъ вызвать полную нетрудоспособность больного. Одинаково неравноцѣнными по отношенію къ трудоспособности являются и „объективные симптомы“ группы А. Одинъ изъ нихъ,—напр. средней силы „учащеніе пульса при незначительной работѣ“ или среднее же „паденіе силы рукъ“ можетъ гораздо болѣе ограничить трудоспособность больного, чѣмъ самая тяжелая степень нарушенія „глоточнаго рефлекса“, „мышечной возбудимости“, „сухожильныхъ рефлексовъ“ или рѣзкій „дермографизмъ“. Пожалуй, въ отношеніи трудоспособности 4 перечисленные послѣдними симптомы, даже если они обнаружатся въ самой тяжелой степени и притомъ всѣ 4 разомъ у одного и того же больного, не могли бы перевѣсить значенія для способности къ труду одного, хотя бы и средней силы, любого изъ двухъ первыхъ симптомовъ.

Какъ бы то ни было, ясно, что схема д-ра Хорошко въ рядѣ случаевъ, даже при экспертизѣ неврозовъ съ несомнѣнной наличностью „объективныхъ“ симптомовъ со стороны нервной системы, можетъ потребовать извѣстныхъ поправокъ и оговорокъ. Самому автору ея приходится указывать, что даже при оцѣнкѣ „полуобъективныхъ“ симптомовъ онъ „a priori считаетъ необходимымъ, чтобы экспертиза травматическихъ неврозовъ производилась всегда лицами, искушенными въ изслѣдованіи нервно-больныхъ (стр. 306)“. Слѣд. онъ самъ не считаетъ, что пользованіе его схемой совершенно доступно экспертамъ—неспеціалистамъ. Но и для искушенныхъ въ невропатологіи, оказывается, недостаточно при опредѣленіи размѣровъ потери трудоспособности однихъ „объективныхъ“ симптомовъ. Приходится привлекать къ разсмотрѣнію и субъективныя показанія больного. „Въ основу діагноза травматическаго невроза и степени его тяжести“, говоритъ д-ръ Хорошко, „я ставлю соотвѣтствіе или гармонію между жалобами потерпѣвшаго больного и количествомъ клинически объективныхъ симптомовъ, отмѣ-

ченныхъ при изслѣдованіи“. Именно общій итогъ объективныхъ признаковъ (столько-то симптомовъ группы А въ сильной, въ средней и легкой степени, столько то (+) и столько то (—) симптомовъ группы В),—онъ сравниваетъ съ субъективными жалобами больного, оцѣнивая ихъ, какъ „тяжелыя“, „легкія“ и „среднія“, и, если тяжести общаго итога симптомовъ соотвѣтствуютъ „жалобы въ тяжелой степени“, признается „гармонія симптомовъ“, т. е. отсутствіе симуляціи и тяжесть случая. Но и эта „гармонія симптомовъ“ не всегда можетъ, повидимому, выручить эксперта, т. к. и въ нее приходится, по мнѣнію Хорошко, вносить поправки для опредѣленія потери трудоспособности. Необходимо принять во вниманіе еще нѣсколько условій (обстановку полученія травмы, локализацію травмы, лѣченіе больного, состояніе сердца, сосудовъ, возрастъ больного и т. п.). Но и этого мало. „Долженъ сдѣлать оговорку“, заявляетъ далѣе авторъ схемы, „что о гармоніи мы говоримъ только тогда, когда *и общее впечатлѣніе отъ всего изученія даннаго случая**), складывающееся постепенно въ теченіе всего изслѣдованія, также *благопріятно*, и, конечно, только тогда, когда *подозрѣній на симуляцію нѣтъ*. Въ противномъ случаѣ о гармоніи говорить не будемъ (стр. 307).“

Такимъ образомъ и спеціалистъ-экспертъ принужденъ признать, что основной принципъ всей его схемы, т. е. „соотвѣтствіе или гармонія между жалобами потерпѣвшаго больного и количествомъ клинически объективныхъ симптомовъ“ (стр. 301. Трудовъ Съѣзда, т. I.), не всегда можно установить на основаніи лишь „объективныхъ признаковъ“. Приходится считаться со многими другими фактами, даже съ субъективными жалобами больного, и основываться въ конечномъ выводѣ, собств. говоря, уже не на подсчетѣ „объективныхъ симптомовъ“, а на „общемъ впечатлѣніи отъ всего изученія даннаго случая“.

Съ этимъ послѣднимъ выводомъ, хотя онъ и значительно

---

*) Курсивъ подлинника.

обезцѣниваетъ всю схему д-ра Хорошко, безусловно необходимо согласиться. Въ самомъ дѣлѣ вѣдь для опредѣленія потери трудоспособности необходимо принимать во вниманіе не только болѣе или менѣе „объективные“ симптомы со стороны нервной системы, но и ихъ вліяніе на трудоспособность больного. А сдѣлать это безъ ознакомленія со всей личностью больного, безъ оцѣнки всѣхъ особенностей всего его болѣзненнаго состоянія, едва ли возможно. Вѣдь еще въ 1893 году Seeligmüller вполнѣ справедливо указывалъ, что работоспособность понижена у больного не потому, что у него имѣется анэстезія кожи или съуженіе поля зрѣнія и т. п., а потому, что онъ страдаетъ общей нервной болѣзнью. Въ самомъ дѣлѣ неспособнымъ къ работѣ дѣлаетъ травматическаго невротика не то, что у него нѣтъ небнаго рефлекса, повышены пателлярные рефлексы, неравномѣрны зрачки и т. п., а то, что вся его нервная система, весь его работающій аппаратъ, такъ сказать, развинтился. Такъ называемые „объективные признаки невроза со стороны нервной системы“ могутъ только указывать, что этотъ работающій аппаратъ, нервно-мышечная система, включая и психомоторные центры и центры сенсорной чувствительности, страдаютъ. Въ лучшемъ случаѣ при помощи этихъ признаковъ можно доказать, что это страданіе есть дѣйствительная болѣзнь, а не симуляція, но указать намъ, насколько понижена трудоспособность больного, эти нервные объективные признаки не всегда могутъ. Отсутствіе глоточниго рефлекса, присутствіе мышечнаго валика не могутъ мѣшать работѣ больного. Но головокруженія, приливы къ головѣ, признаки сердечной умомляемости подрываютъ способность больного къ работѣ въ самомъ ея корнѣ. Еще больше неспособность больного къ труду, какъ бы онъ самъ по себѣ ни былъ легокъ, при психическихъ формахъ „травматическаго невроза“. Очевидно, что въ такихъ случаяхъ нетрудоспособность больного вызывается не столько утомленіемъ его мышечно-нервнаго аппарата, сколько болѣе общими причинами психическаго происхожденія. При рѣзко

выраженной психической болѣзни, въ самомъ дѣлѣ, едва ли можно больного считать способнымъ къ какой либо работѣ вообще, если бы даже такая работа и не вызывала у него рѣзкаго физическаго или психическаго, умственнаго утомленія. Точно также и при „травматическомъ неврозѣ въ узкомъ смыслѣ слова“ значительную часть нетрудоспособности больного приходится относить помимо повышенія его физической утомляемости, къ его психической сферѣ вообще, къ заторможенію его воли гнетущими впечатлѣніями. Эти впечатлѣнія могутъ одинаково дѣйствовать на общее состояніе больного, будутъ ли они зависѣть только отъ переоцѣнки больнымъ—ипохондрикомъ тревожащихъ его, иногда можетъ быть даже и нормальныхъ, ощущеній, или у него будетъ несомнѣнно реальная почва для его мрачныхъ мыслей—болѣзненныя ощущенія неврастенически разстроенной нервной системы, парэстезіи, диспепсіи, раздражительная слабость и т. п.. Будетъ ли больной тревожиться неотвязными меланхолическими мыслями о своемъ будущемъ, или реальными волненіями, вытекающими изъ его процесса, или еще болѣе реальными для него болями въ потерпѣвшихъ физическую травму частяхъ тѣла и т. п., всѣ эти переживанія будутъ отвлекать его вниманіе отъ работы. И если даже сама работа и неспособна вызвать у него болѣзненныхъ ощущеній, если динамометръ можетъ быть и не будетъ показывать значительнаго паденія его физической силы, а дѣятельность сердца не будетъ обнаруживать никакихъ признаковъ утомленія больного, его работа все-таки можетъ не спориться. Онъ будетъ въ глубокой степени нетрудоспособенъ. И всѣ эти психическіе моменты необходимо имѣть въ виду при оцѣнкѣ потери больнымъ трудоспособности, хотя они и не имѣютъ такого объективнаго характера, какъ „вполнѣ объективные признаки“ органическихъ нервныхъ болѣзней, а только приближаются къ тѣмъ „полуобъективнымъ“ признакамъ, которыми характеризуются функціональныя нервныя заболѣванія.

Но если отдѣльные „объективные“ симптомы не могутъ

намъ указать глубину потери трудоспособности у даннаго потерпѣвшаго, а вполнѣ „объективные" нервные признаки у него отсутствуютъ, приходится искать другихъ критеріевъ для оцѣнки пониженія способности больного къ труду. И *такимъ критеріемъ,* какъ и при діагнозѣ вообще болѣзни, въ такихъ случаяхъ, конечно, *должна служить*, какъ мы настаивали на I-омъ Всероссійскомъ Съѣздѣ Фабричныхъ врачей, *объективная оцѣнка всѣхъ болѣзненныхъ проявленій у потерпѣвшаго, начиная сравнительно безразличными изъ нервныхъ и кончая такими серьезными психическими, какъ прогрессирующее паденіе всѣхъ душевныхъ способностей его.* Приходится тщательно анализировать всѣ симптомы — и вполнѣ объективные и объективные лишь на половину, и почти субъективные (психическіе) и вполнѣ субъективные (ощущенія больного, о коихъ онъ заявляетъ въ своихъ жалобахъ). Приходится этимъ анализомъ симптомовъ выяснять возможное вліяніе на трудоспособность больного каждаго изъ нихъ, а затѣмъ и всей общей совокупности ихъ, сопоставлять это возможное вліяніе съ общей картиной всего болѣзненнаго состоянія больного и на этихъ основаніяхъ строить болѣе или менѣе рѣшительный выводъ о степени потери трудоспособности вообще. Sachs (1909) вполнѣ справедливо подчеркиваетъ, что значительнымъ подспорьемъ при экспертизѣ трудоспособности можетъ послужить возможно полное представленіе обо всѣхъ индивидуальныхъ особенностяхъ психической личности больного. Къ этому компетентному указанію мы можемъ добавить, что самое лучшее сужденіе о психической личности больного можетъ получиться, конечно, не при однократномъ амбулаторномъ изслѣдованіи его, а при наблюденіи и изученіи потерпѣвшаго въ стаціонарныхъ лѣчебныхъ учрежденіяхъ. А для рѣшенія частнаго вопросъ о степени потери трудоспособности всего удобнѣй было бы выяснять индивидуальныя особенности психической личности больныхъ въ такихъ лѣчебныхъ учрежденіяхъ, гдѣ больной кромѣ обычнаго лѣкарственнаго, физическаго и не столь обычнаго психическаго лѣченія, могъ бы зани-

маться разнаго рода работами. Врачебный персоналъ такого учрежденія, наблюдая больного во время занятій его этими работами, могъ бы выносить о трудоспособности больного гораздо болѣе конкретное представленіе, чемъ это можетъ получиться при обычныхъ больничныхъ условіяхъ. Лѣчебницы торгово-промышленныхъ и другихъ товариществъ, подобныя германскимъ медико-механическимъ институтамъ для долѣчиванья увѣчныхъ рабочихъ приносятъ въ этомъ отношеніи извѣстную долю пользы. Но, не говоря уже о недовѣріи больныхъ къ такимъ лѣчебницамъ, которое отмѣчается всѣми авторами и которое мѣшаетъ больному съ охотой и усердіемъ приниматься въ нихъ за работу, эти лѣчебницы могутъ предоставить своимъ больнымъ только скучныя, однообразныя по формѣ, механическія упражненія на аппаратахъ. Притомъ эти упражненія примѣняются обычно только для тѣхъ больныхъ, у которыхъ имѣются тѣлесныя поврежденія—сведенія, контрактуры, болѣзненные ушибы суставовъ и т. п. И потому неврастениковъ или инохондриковъ, нетрудоспособность которыхъ зависитъ не отъ тѣлесныхъ поврежденій, а отъ болѣзненнаго направленія ихъ психической дѣятельности, очень не легко убѣдить въ цѣлебной силѣ для нихъ всѣхъ этихъ упражненій на аппаратахъ. А между тѣмъ именно у такихъ больныхъ и трудно установить точно степень потери ихъ трудоспособности. Кромѣ того самое пребываніе въ подобныхъ медико-механическихъ институтахъ оказываетъ часто очень неблагопріятное дѣйствіе на невротиковъ вслѣдствіе несчастныхъ случаевъ, т. к. отъ постояннаго соприкосновенія ихъ съ другими, страдающими несомнѣнными органическими разстройствами самыхъ разнообразныхъ видовъ, значительно усиливаются у подобныхъ неврастениковъ и ипохондриковъ ихъ ипохондрическіе страхи и слѣд. нетрудоспособность ихъ помимовольно увеличивается.

Въ виду всего этого еще съ 90-хъ годовъ, почти одновременно съ возникновеніемъ лѣчебницъ для увѣчныхъ, въ германской литературѣ возникло теченіе, рекомендующее

направлять травматическихъ невротиковъ для лѣченія и экспертизы не въ лѣчебницы для увѣчныхъ. а въ общественные санаторіи для нервно-больныхъ, гдѣ все болѣе, по предложенію Möbius'a, осуществляются принципы Arbeitstherapie, Beschäftigungstherapie, лѣченія работой, занятіями во всѣхъ видахъ, такъ подробно разработанные подъ наблюденіемъ prof. Forel'я инженеромъ Grohmann'омъ, а затѣмъ и врачами (Monnier, Laehr'омъ и др.). Невротики вслѣдствіе несч. случаевъ въ такихъ санаторіяхъ разсѣяны среди другихъ больныхъ, хотя и нервныхъ, но не съ травматическими заболѣваніями, слѣд. не подлежащихъ судебнымъ волокитамъ по закону о вознагражденіи увѣчныхъ. Поэтому травматическіе неврастеники и ипохондрики въ такихъ санаторіяхъ для нервно-больныхъ гораздо лучше, чѣмъ въ медико-механическихъ институтахъ для долѣчиванья увѣчныхъ, могутъ бороться со своими болѣзненными страхами и гораздо охотнѣй даже при психическихъ формахъ неврозовъ принимаются за разнообразныя работы такихъ санаторіевъ, облегчая тѣмъ и для эксперта его самую трудную задачу, именно задачу высказаться о степени потери трудоспособности у даннаго больного.

Въ Россіи дѣло стоитъ гораздо печальнѣй въ этомъ отношеніи. Экспертъ не можетъ выбирать между медико-механическими институтами и санаторіями для нервно-больныхъ. На всю Россію имѣется не больше 2—3 подобныхъ медико-механическихъ институтовъ для увѣчныхъ. А общественные санаторіи для нервно-больныхъ у насъ находятся, какъ въ Германіи въ 90-хъ годахъ, еще въ области „благочестивыхъ пожеланій“. Въ 1893 г. на горячій призывъ Freund'а—помѣщать травматическихъ невротиковъ въ санаторіи для нервно-больныхъ, Möbius принужденъ былъ замѣтить, что объ общественныхъ санаторіяхъ этого рода не приходится еще думать, когда даже „за малыми исключеніями крупнѣйшія, напр. общественныя, больницы въ Германіи не думаютъ еще открывать особыхъ нервныхъ отдѣленій“. Въ настоящее время, 20 лѣтъ спустя, въ Гер-

маніи положеніе дѣла рѣзко измѣнилось. Тамъ можно насчитать большое число образцово и роскошно обставленныхъ общественныхъ санаторіевъ для нервно-больныхъ*), въ которыхъ получаетъ лѣченіе и попутно экспертизу значительное количество травматическихъ невротиковъ.

У насъ въ настоящее время идея особыхъ нервныхъ отдѣленій при большихъ больницахъ, повидимому, находитъ еще себѣ болѣе или менѣе благодарную почву; намѣчается движеніе и въ пользу особыхъ лѣчебницъ для увѣчныхъ, но идея общественныхъ санаторіевъ для нервно-больныхъ, несмотря на интересъ къ ней отдѣльныхъ медицинскихъ Обществъ, Съѣздовъ и отдѣльныхъ авторовъ, повидимому, еще далека отъ осуществленія. И хотя введеніе въ Россіи закона объ обязательномъ страхованіи рабочихъ отъ несчастныхъ случаевъ несомнѣнно подыметъ интересъ въ соотвѣтственныхъ кругахъ къ этого рода лѣчебнымъ учрежденіямъ, всетаки въ настоящее время русскимъ экспертамъ не приходится интернировать своихъ паціентовъ гдѣ либо, кромѣ обычныхъ больницъ, а врачамъ этихъ учрежденій выпадаетъ на долю испытывать громадныя затрудненія при экспертизѣ степени потери трудоспособности у своихъ паціентовъ, если у нихъ не оказывается демонстративныхъ, вполнѣ „объективныхъ", перечисленныхъ выше, признаковъ паденія способности къ труду.

Разумѣется, еще сложнѣй обстоитъ дѣло, если экспертъ захотѣлъ бы не только опредѣлить степень потери трудоспособности больного въ моментъ экспертизы, но и составить себѣ представленіе о возможности или невозможности улучшенія этой трудоспособности въ дальнѣйшемъ. Вполнѣ научно отвѣтить на этотъ вопросъ можно было бы лишь тогда, еслибъ возможно было на большомъ, строго научно обслѣдованномъ матерьялѣ прослѣдить въ теченіе многихъ лѣтъ теченіе различныхъ формъ неврозовъ вслѣдствіе не-

*) Подробныя свѣдѣнія о большей части ихъ можно найти въ обширномъ докладѣ проф. В. К. Рота на II-мъ съѣздѣ Отечественныхъ Психіатровъ въ 1905 г. (см. Труды Съѣзда).

счастныхъ случаевъ. Такое статистическое изслѣдованіе, основанное правда на сравнит. небольшомъ числѣ случаевъ, опубликовалъ въ 1908 году Friedel. Всего онъ прослѣдилъ больше 100 разнообразныхъ невротиковъ вслѣдствіе несчастн. случ., лѣчившихся въ клиникѣ въ Галле. Нѣкоторые больные наблюдались больше 20 лѣтъ. Общій выводъ Friedel'я тотъ, что если при неврозахъ всл. несч. сл. и получаются выздоровленія, то всегда съ значительной потерей трудоспособности, которая въ среднемъ равнялась 25% прежней. При этомъ неврастеническія формы неврозовъ оказывались всего болѣе излѣчимыми, истерическія формы значиельно уже отступали отъ неврастеническихъ своимъ болѣе плохимъ прогнозомъ не только вообще болѣзни, но и въ смыслѣ паденія трудоспособности. Самыми же тяжелыми оказывались психическія формы этихъ неврозовъ.

Эта статистика Friedel'я представляетъ большой интересъ и въ томъ отношеніи, что она, какъ указывалось нами въ нашемъ докладѣ 1-му Съѣзду Фабричныхъ врачей, даетъ возможность нѣкотораго объективнаго выхода и изъ перечисленныхъ выше затруденій при экспертизѣ потери трудоспособности Въ самомъ дѣлѣ трудоспособность больного стоитъ въ нѣкоторомъ, иногда довольно ясно выраженномъ соотвѣтствіи съ тяжестью случая, а тяжесть его опредѣляется не только общей картиной настоящаго болѣзненнаго состоянія больного, но и тѣми возможностями, которыя вытекаютъ изъ прогноза. Поэтому разница прогноза въ зависимости отъ формы невроза вслѣд. несчаст. случая, установленная работой Friedel'я, можетъ приниматься экспертомъ въ разсчетъ и при сужденіи о степени потери у даннаго больного способности къ труду. Средняя длительная потеря трудоспособности всѣхъ травматическихъ невротиковъ (въ 25 %), для травматическихъ неврастениковъ должна понизиться, а для психическихъ формъ травматическаго невроза значительно повыситься. Истерическія формы этихъ неврозовъ должны занимать средину между тѣми и другими. Получающееся такимъ образомъ схематическое раздѣ-

леніе всѣхъ травматическихъ неврозовъ на 3 категоріи: неврастеническія формы, болѣе легкія вообще и по отношенію къ потерѣ трудоспособности, истерическія—со средней тяжестью, и смѣшанныя формы, психическія,—наиболѣе тяжелыя, обладаетъ передъ другими схемами тѣмъ преимуществомъ, что оно принимаетъ во вниманіе не отдѣльные, единичные признаки, а всю совокупность ихъ, признавая и нервные и психическіе симптомы, и притомъ не упускаетъ изъ виду не только симптомокомплекса настоящаго времени, но и учитываетъ возможные въ будущемъ исходы состоянія нетрудоспособности. Къ этому можно прибавить, что въ подходящихъ случаяхъ болѣе опредѣленныя точки опоры для оцѣнки потери трудоспобности въ предѣлахъ этого схематическаго дѣленія неврозовъ эксперту могутъ дать извѣстные нервные симптомы, которые упоминаются въ существующихъ оффиціальныхъ таблицахъ для опредѣленія потери трудоспособности въ $^0/_0$-ахъ.

Во этомъ отношеніи въ нашей работѣ „Современное состояніе вопроса о травматическомъ неврозѣ“ нами были сдѣланы отдѣльныя указанія*). Въ общемъ они сводятся къ слѣдующему. Психическія формы травматическаго невроза, травматическій неврозъ въ собств. смыслѣ слова, „неврозъ отъ испуга“ Kraepelin'а долженъ быть разсматриваемъ примѣнительно къ пункту 6 таблицъ, какъ „неизлѣчимая душевная болѣзнь“ съ потерей трудоспособности въ 100 $^0/_0$, или же примѣнительно къ пункту 1-му (тоже 100 $^0/_0$), если несчастный случай сопровождался поврежденіями черепа. Если же душевныя разстройства не достигаютъ такой законченной формы, какъ при „смѣшанной формѣ травматическаго невроза“, они могутъ быть, какъ „длительныя частичныя нарушенія умственныхъ способностей“ подводимы подъ пунктъ 7-ой таблицы съ 50 $^0/_0$ потери трудоспособности.

Истерическія формы травматическаго невроза сами по себѣ не могутъ быть прямо подведены ни подъ одинъ изъ

*) См. Труды 1 Съѣзда Фабр. врачей, 247—298 и Справочный листокъ Съѣзда, № 3, стр. 9, „положеніе 11-ое“.

пунктовъ таблицъ. Но если онѣ сопровождаются какими либо мѣстными симптомами, параличами или контрактурами, то эти разстройства могутъ, согласно примѣч. 1 къ 136 пункту таблицъ, приравниваться къ утратѣ соотвѣтственныхъ членовъ и частей ихъ и таксироваться по главѣ X, XI и XII таблицъ, въ частности напр. 104, 105, 109, 110, 123, 124, 125, 131, 132 пунктъ и т. п. Что касается неврастеническихъ формъ травматическаго невроза, то для нихъ тоже не найдется соотвѣтственнаго мѣста въ таблицѣ. Только если онѣ вызваны поврежденіями черепа, ихъ возможно подвести подъ п. 3 таблицы съ потерей въ 30 %. Но если, какъ это наблюдается въ большинствѣ случаевъ этихъ неврозовъ, поврежденіе черепа отсутствуетъ, приходится, какъ и въ случаѣ истерическихъ формъ невроза, не сопровождающихся параличами или контрактурами, основываться на прим. 3 къ пункту 136 и производить оцѣнку пониженія трудоспособности „по соображенію всѣхъ обстоятельствъ дѣла, т. е. по соображенію того, насколько ослаблена или совсѣмъ утрачена способность къ труду даннаго лица отъ совокупности всѣхъ имѣющихся у него поврежденій въ связи съ состояніемъ его здоровья и родомъ занятій“.

Алфавитный указатель

авторовъ, упоминаемыхъ въ текстѣ.

Русскіе авторы, упоминаемые въ текстѣ.

Оглавленіе.

Замѣченныя опечатки:

	Напечатано:	Надо:
Стр. 16, строка 5 сверху:	научной подготовки врача эксперта...	научной подготовки въ нервныхъ болѣзняхъ врача эксперта...
„ 17, „ 4 „	высказаться...	высказываться...
„ 20, подстрочное примѣчаніе 2 послѣднихъ строки:	посредственной посредственной зависимости	посредственной причинной зависимости
Стр. 25, 13 строка снизу:	Самое интересное въ этой работѣ...	Самое интересное въ первой работѣ Erichsen'a.
„ 31, 13 „ сверху:	(См. Oppenheun Lehrbuch...	(См. Oppenheim Lehrbuch...
„ 32, 12 „ „	проф. Leydena'a...	проф. Leyden'a...
„ 33, 10 „ „	всего одна" вышеупомянутый...	всего одна", именно вышеупомянутый...
„ 45, 8 „ снизу:	Begeehrungs-Vorstellungen...	Begehrungsvorstellungen...
„ 46, 9 „ сверху:	Renten nervenkrankheiten...	Rentennervenkrankheiten..
„ 46, 16 „ сверху:	Kapital neurosen...	Kapitalneurosen ..
„ 46, 19 „ сверху:	Abfindungs nervenkrankheiten...	Abfindungsnervenkrankheiten...
„ 46, 20 „ сверху:	Ersatz krankheiten...	Ersatzkrankheiten...
„ 69, 10 „ снизу:	Kraepelin'a, и неврозы...	Kraepelin'a и неврозы...
„ 105, 5 „ сверху:	въ рубрикѣ *длительной* потери...	въ рубрикѣ *длительной* потери....
„ 127, 15 „ сверху:	по опредѣленію Sachs'a (1907)...	по опредѣленію Sachs'a (1909)...
„ 128, 13-14 „ снизу:	не можетъ дышать...	не можетъ свободно дышать...
„ 163, 4 „ снизу:	па, вульгарныхъ объективныхъ...	на вульгарныхъ объективныхъ...
„ 164, 19-20 „ сверху:	симулировать впрочемъ. .	симулировать. Впрочемъ...
„ 167. 1 „ сверху:	какъ разъ на сторонѣ анэстезій...	какъ разъ только на одной сторонѣ, сторонѣ анэстезій...
„ 171, 16-17 „ сверху:	напр. нижней половины тѣла, поясницы и ноги...	напр. въ нижней половинѣ тѣла, поясницы и ноги...
„ 174 2 „ сверху:	„объективными признаками"...	„объективными признаками" разстройствъ чувствительности.
„ 181, 4 „ сверху:	причиной, именно травмой.	причиной, именно физической травмой.
„ 183, 11 „ сверху:	не замѣчаемой...	на замѣчаемой...
„ 186, 10 „ сверху:	Тѣже случаи, которые...	Тѣ же случаи, которые...
„ 187, 12 „ снизу:	кромѣ депрессіи—ипохондрическихъ ..	кромѣ депрессіи, именно ипохондрическихъ...
„ 195, 5 „ сверху:	ощущенія въ гортани...	болѣзненныя ощущенія въ гортани...
„ 205, 2 „ внизу:	поврежденія нервной системы.	поврежденія нервной системы?
„ 208, 3 „ сверху:	все болѣе нетрудоспособнымъ.	все болѣе неработоспособнымъ.

